



NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIA

Hungarian Journal of Gynecologic Oncology

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának hivatalos tudományos folyóirata

Főszerkesztő: Bősze Péter dr. · Szerkesztő: Barabás Terézia

TARTALOM

TISZTELETBELI TAGSÁG	A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának új tiszteletbeli tagja 95 <i>Santiago Dexeus, M.D.</i>
	A kolposzkóp jelentősége a korszerű nőgyógyászatban 99 <i>Santiago Dexeus, M.D., Montse Cararach, M.D., D. Dexeus, M.D.</i>
ORVOSI FOLYÓIRATOKRÓL	A tudományos közlemények jelentősége és a hozzáférés lehetőségei: amit a gyakorló orvosnak tudni kell 109 <i>Bősze Péter dr.</i>
	A tudománymetria a hazai gyakorlatban 116 <i>Palkovits Miklós dr.</i>
	A hazai szakirodalmi mutató (HSZM) és a magyar nyelvű orvosi szakirodalom helyzete 121 <i>Boda Domokos dr.</i>
	A kéziratok elbírálási módszereinek megalapozottsága 123 <i>Jim G. Thornton M.D.</i>
	Tudománymetria a nőgyógyászati onkológiában 125 <i>Vasas Livia, Hercsel Imréné</i>
	Tájékozódás a nőgyógyászati onkológia elektronikus forrásai között 131 <i>Vasas Livia, Hercsel Imréné</i>
	A Magyar Orvosi Bibliográfia (MOB) helyzete és jelentősége a hazai szakirodalmi tájékoztatásban 137 <i>Szekeres Zsuzsanna</i>
ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY	Az Avemar hatásmódja (3) – jelátviteli folyamatok és anyagcsere 144 <i>Telekes András dr., Hidvégi Máté dr.</i>
FOLYAMATOS ORVOSTOVÁBBKÉPZÉS	A bélésebészeti beavatkozások a nőgyógyászati onkológiában (2) 147 <i>Bélkivezetések</i> <i>Bősze Péter dr., Pálfalvi László dr.</i>
KITEKINTÉS A VILÁGBA	Beszámoló a 16. Európai Szülész-Nőgyógyász Kongresszusról 159 <i>Malmö, 2001. június 6–9.</i> <i>Kovács László dr.</i>
TÁRSASÁGI HÍREK	A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának Munkája 161 <i>Bősze Péter dr.</i>
HÍRMONDÓ	164

**A Magyar
Nőgyógyász
Onkológusok
Társaságának
vezetősége**

ÖRÖKÖS TISZTELETBELI ELNÖK

Prof. Dr. Eckhardt Sándor
Prof. Dr. Gáti István

ELNÖK

Prof. Dr. Bősze Péter

JÖVENDŐBELI ELNÖK

Dr. Ungár László

FŐTITKÁR

Prof. Dr. Szabó István

PÉNZTÁROS

Dr. Karácsony István

TAGOK

Dr. Berbik István
Dr. Berkó Péter
Prof. Dr. Borsos Antal
Dr. Krivácsi Gábor
Prof. Dr. Paulin Ferenc
Prof. Dr. Pál Attila
Dr. Pálfalvi László
Dr. Póka Róbert
Dr. Szánthó András
Dr. Szepesi János
Dr. Wenczl Miklós



A logot Mátyássy László tervezte. Egy nyolcszögéből (octogon) és egy mandula alakú részből, ún. mandorla-ból áll. Az oktagon, vagyis a nyolcas szám az átváltozást (megújulást, újra születést), a mandorla pedig a szeméremtestet jelöli. A logo a női nemi szervek átváltozásának (pl. ismeretlen kimenetelű rákos megbetegedés) jelképe.

The embleme, designed by László Mátyássy, symbolizes a transition related to the female genital system, such as gynecologic cancer of unknown outcome. It is composed of an octogon and a mandorla. Octogon means eight, which is the number of transition (renewal, rebirth), the mandorla is an almond-shape aureole representing the vulva.

NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIA

Hungarian Journal of Gynecologic Oncology

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának hivatalos lapja
Official Journal of the Hungarian Society of Gynecologic Oncologists

ALAPÍTÓ ÉS FŐSZERKESZTŐ Prof. Dr. Bősze Péter

Founding Editor and Editor-in Chief

TISZTELETBELI FŐSZERKESZTŐ Prof. Dr. Gáti István

Honorary Editor-in Chief

SZERKESZTŐ Barabás Terézia

Editor

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG

Editorial Board

Dr. Artner Attila, Dr. Berbik István,
Prof. Dr. Bodó Miklós, Dr. Borsi Máté,
Prof. Dr. Doszpod József,
Prof. Dr. Eckhard Sándor, Prof. Dr. Gardó Sándor,
Prof. Dr. Hernádi Zoltán, Dr. Karácsony István,
Dr. Kornya László, Prof. Dr. Kovács László,
Dr. Krivácsi Gábor, Prof. Dr. Krommer Károly,
Prof. Dr. László János, Prof. Dr. Papp Zoltán,
Prof. Dr. Paulin Ferenc, Dr. Pálfalvi László,
Dr. Ungár László, Dr. Vass János

A **Nőgyógyászati Onkológia** (ISSN 1219-9079) 4 havonta jelenik meg 1600 példányban. Kiadó: Primed-X Kiadó. Cím: 1301 Budapest, Pf. 46. Tel./Fax: (36-1) 275-2172. Tervezőszerkesztő: Kardos Gábor. Nyomdai kivitelezés: VISIT Kft., Budapest, Telefon: (36-1) 399-0135

Előfizetés. Előfizetési díj egy évre közületeknek 3000 Ft + 12% áfa.

A magyar kollégák térítésmentesen kapják. Ez a szám a Belvárosi-Lipótvárosi Vagyonkezelő Rt. támogatásával került kiadásra.

Hirdetés. Tájékoztatásért forduljon a kiadóhoz.

Szerzői jog és másolás. Minden jog fenntartva. A lapban megjelent valamennyi írásos és képi anyag közlési joga a szerkesztőséget illeti. A megjelent anyagnak – vagy részének – bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához, ismételt megjelenéséhez a szerkesztőség írásbeli hozzájárulása szükséges.

NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIA

Hungarian Journal of Gynecologic Oncology

Official Journal of the Hungarian Society of Gynecologic Oncologists

Editor-in-Chief: **Péter Bősze, M.D.** Editor: **Terézia Barabás**

CONTENTS

HONORARY MEMBERSHIP	New honorary member of the Hungarian Society of Gynecologic Oncologists <i>Santiago Dexeus, M.D.</i>	95
	The role of colposcopy in modern gynecology <i>Santiago Dexeus, M.D., Montse Cararach, M.D., D. Dexeus, M.D.</i>	99
ABOUT MEDICAL JOURNALS	The value of scientific papers and scientific information systems <i>Péter Bősze, M.D.</i>	109
	The scientometry practice in Hungary <i>Miklós Palkovits, M.D.</i>	116
	Indexes of the Hungarian medical literature and the place of the Hungarian medical publications <i>Domokos Boda, M.D.</i>	121
	Evidence-based peer review <i>Jim G. Thornton M.D.</i>	123
	Scientometry in gynecologic oncology <i>Livia Vasas, Imréné Hercsel</i>	125
	Website information systems in gynecologic oncology <i>Livia Vasas, Imréné Hercsel</i>	131
	The place and value of the Hungarian Medical Bibliography in the medical literature information <i>Zsuzsanna Szekeres</i>	137
REVIEW ARTICLE	Mechanism of action of Avemar (3) – signal transduction and metabolism <i>András Telekes, M.D., Máté Hidvégi, M.D.</i>	144
CONTINUING MEDICAL EDUCATION	Bowel surgery in gynecologic oncology (2) Stomas <i>Péter Bősze, M.D., László Pálfalvi, M.D.</i>	147
THE WORLD AROUND US	Report of the 16th European Congress of Obstetrics and Gynaecology Malmö, June 6-9, 2001 <i>László Kovács, M.D.</i>	159
REPORTS	Hungarian Society of Gynecologic Oncologists <i>Péter Bősze, M.D.</i>	161
FORTHCOMING MEETINGS		164

TISZTELETBELI TAGSÁG

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának új tiszteletbeli tagja

SANTIAGO DEXEUS, M. D., az Institut Universitari Dexeus Szülészeti és Nőgyógyászati Osztályának igazgató professzora

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága új tiszteletbeli tagját köszönheti Dexeus professzor személyében. Dexeus professzor sorrendben a Társaság harmadik tiszteletbeli tagja. Az alábbiakban ismertetjük pályafutását.

SANTIAGO DEXEUS PROFESSZOR 1935-ben született Barcelonában. A Barcelonai Orvostudományi Egyetemen végzett 1959-ben, nagydoktoriját különleges kitüntetéssel a Madridi Orvosi



I. ábra. Dexeus professzor előadását tartja a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának tiszteletbeli tagjává választása alkalmából a Magyar Tudományos Akadémián, Budapesten.

Egyetemen szerezte meg 1968-ban. A Maternidad Provincial de Barcelona kórházban volt gyakornok orvos 1959-1961 között. Jelenleg az Institut Universitari Dexeus Szülészeti és Nőgyógyászati Osztályának főorvosa, a Barcelonai Autonóm Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Kutatóbizottságának igazgatója (1998 június 9. óta), valamint társ-főszerkesztője a havonta megjelenő, *Progresos de Obstetricia y Ginecología*

Levelezési cím:

Santiago Dexeus, M.D.
Department of Obstetrics and Gynecology
Institut Universitari Dexeus
Passeig de la Bonanova 67, 08017 Barcelona, Spain
Távbeszélő: (34 93) 227 4700 Távmásoló: (34 93) 418 7832
Villanyposta: sdexeus@iudexeus.uab.es

című folyóiratnak. A Nemzeti Szülészeti és Nőgyógyászati Szakbizottság elnöke 1992 óta, az egészségügyi miniszter Tanácsadó Testületének tagja 1995 júniusa óta, és tagja az Egészségügyi Minisztérium Tanulmányi Bizottságának. 1996. február 25-én „Doctor Honoris Causa” címmel tüntették ki a Coimbrai Egyetemen (Portugália). A Spanish Society of Cytology, illetve a European Society of Gynaecological Oncology, ESGO tiszteletbeli elnöke (utóbbi az 1995. májusi, Knokkéban tartott kongresszus óta). A Société Internationale Francophone de Chirurgie Pelvienne (1992–1994) és a Spanish Society of Cervical Pathology and Colposcopy volt elnöke.

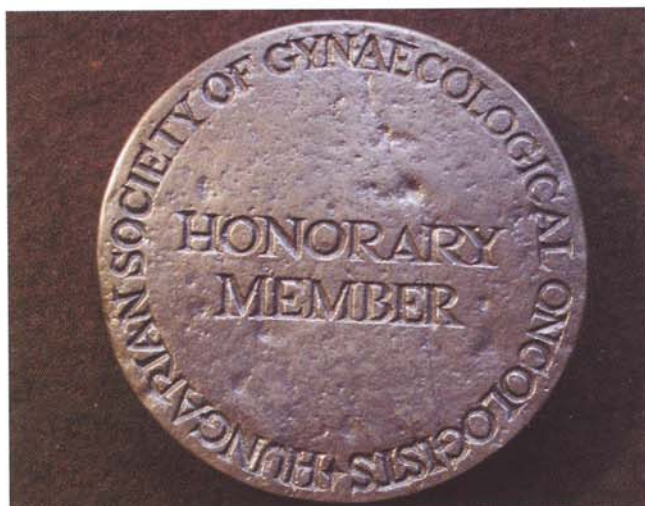
1999 óta az International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC) elnöke. 1996. október 10-én a San Franciscói American College of Surgeons tiszteletbeli tagjává avatták. 1997 decemberében a FIGO Onkológiai Szakértői Tanácsadó Testületének tagjává nevezték ki. 1999 májusában az American College of Obstetrics and Gynecology tiszteletbeli tagságát adományozták neki. 1999 júliusában a „La Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad” érdeméremmel tüntették ki.

Általános orvosi magazinokban és folyóiratokban is jelentek meg közleményei, köztük a *Panorámában*, a *Diari de Barcelonában* vagy az *Estar Mejorban*. Összesen 360 tudományos közleményt tett közzé.

Számos nemzeti és nemzetközi rendezvényre kapott meghívást előadóként (USA, Kanada, Brazília, Argentína, Costa Rica, Panama, Portugália, Franciaország, Németország, Finnország, Belgium, Olaszország, Görögország, Magyarország, Oroszország). Vendégelőadóként szerepelt a Pelvic Surgeon's Society Miami-ban tartott gyűlésén 1985-ben, majd elnöki vendégelőadó volt az American Society of Colposcopy and Cervical Pathology harvardi, 1986-os találkozásán. A Chicagói Egyetem vendégprofesszora volt 1986-ban. Mindezekon felül Dexeus professzor nemzetközi oktatási célú programok szervezője. 1973 óta osztálya minden évben nemzetközi tudományos rendezvényt, valamint továbbképző tanfolyamokat szervez.

KÜLORSZÁGI SZAKKÉPZÉSEK

MÉHNYAKKÓRTAN St. Mary's Hospital (Manchester, Egyesült Királyság) 1961–1962. szakképzés vezetője: Prof. Langley



2. ábra. A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának tiszteletbeli tagságával járó érem és oklevél.

KORAI RÁK FELISMERÉSE Maternité de l'Hopital Cantonale de Geneve (Svájc) 1962–1963. szakképzés vezetője: Prof. H. De Watterville

KORAI RÁK FELISMERÉSE Laboratoire d'Histopathologie (Párizs, Franciaország) 1963. szakképzés vezetője: Prof. Jean De Brux
KOLPOSZKÓPIA Hopital Creteil (Párizs, Franciaország) 1963. szakképzés vezetője: Prof. F. Coupez

HASTÜKRÖZÉS Hopital Broca (Párizs, Franciaország) 1963. szakképzés vezetője: Prof. R. Palmer

MEDENCEI SEBÉSZETI BEAVATKOZÁSOK Policlinico Careggi, Facultad de Medicina de Firenze (Olaszország) 1964. szakképzés vezetője: Prof. W. Ingiulla

TANULMÁNYI ÖSZTÖNDÍJAK a Juan March Alapítvány külföldi tanulmányi ösztöndíja (1961–1963) és a Juan March Alapítvány spanyolországi kutatói ösztöndíja (1965), tárgyköre: szervezeten kívüli megtermékenyítés

AZ ALÁBBI TÁRSASÁGOK ALAPÍTÓ TAGJA Spanish Oncology Society (1970), Spanish Mastology Unit (1972), Spanish Cytology Society (1973), European Society of Hysteroscopy (1982), Spanish Society of Cervical Pathology and Colposcopy (1989).

TISZTELETBELI TAGSÁG Italian Society of Colposcopy, Italian Society of Gynaecology and Obstetrics, Hungarian Society of Gynaecological Oncologists.

FOLYÓIRATOK SZERKESZTŐBIZOTTSÁGI TAGSÁGA Hormones (Franciaország), Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana (Spanyolország), Reproducción (Spanyolország), The Cervix (Olaszország), Gynécologie Obstétrique e Biologie de la Reproduction (Franciaország).

NŐGYÓGYÁSZATI TÉMÁJÚ KÖNYVEI ÉS ÖSSZEFOGLALÓ TANULMÁNYAI Mortalidad perinatal: Lucha contra la misma (1964) La celioscopia en Ginecología (1964), Tratado de Ginecología (3. kiadás, 1969), Tratado y Atlas de Colposcopia (első kiadás 1973; második kiadás 1977; harmadik kiadás 1986 angol fordításban 1977-ben Colposcopy, olasz fordításban 1977-ben Testo atlante di colposcopia, francia fordításban 1974-ben Traité et atlas de colposcopie címen jelent meg) Tratado de Obstetricia: Patología obstétrica (1986), Anticoncepción (első kiadás 1984; második kiadás 1989), Tratado : Atlas de Patología Cervical (első kiadás 1989; második kiadás 1993).

TÁRSSZERZŐJE AZ ALÁBBI KÖNYVEKNEK Avances en Oncología (Arturo Arrighi, Santiago Dexeus, José A. Pinotti), Oncología Ginecologica Editorial (E.S.O.), Milánó (1992), Tratado y Atlas de Histeroscopia (1992), Nuevos aspectos del cáncer de mama (1993), Sinopsis de Oncología Ginecológica (Santiago Dexeus, Pedro Grases), Masson-Salvat (1996), Patología y tratamiento del tracto genital inferior (William Chanen, Giuseppe De Palo, Santiago Dexeus), Masson (2000).

ÁLTALÁNOS ORVOSI TÉMÁJÚ KÖNYVEI El nacimiento de un niño (1973), La naissance d'un enfant (1975), Anticonceptivos y control de la natalidad (1977, portugál fordításban 1980-ban Metodos anticonceptivos e planemamento familiar címen jelent meg), Qué es la menopausia? (1978), La mujer a partir de los cuarenta años (1979), Higiene y salud en la edad escolar (1983), La contracepción, hoy (1983), La aventura de envejecer (1987), El riesgo de nacer (1989, olasz fordításban 1990-ben El rischio di nascere címen jelent meg).

AZ ALÁBBI ÁLTALÁNOS ORVOSI TÉMÁJÚ KÖNYVEK TÁRSSZERZŐJE La vida democrática: Politicay y ciudadana (Deusto Uni-

versity, 1990), La mujer. Su cuerpo y su mente (1994), Médico (1994).

KULTURÁLIS ÉS TÁRSADALMI TEVÉKENYSÉG Az International Commission of Catalan Culture volt tagja, a „Citoyen d'honneur de la ville de Toulouse” (Toulouse város díszpolgára) cím birtokosa.

Santiago Dexeus professzor a reneszánsz ember megtestesítője. Az irodalomban és a képzőművészetben is jártas tudós, kutató klinikus, gyakorló orvos, aki sok más mellett még a bokorvilágát is ismeri. Szerencsés, mert munkájának elismerését már életében megkapta. Szakmájának kimagasló alakja, hazájának és Európának is méltó képviselője. Nagy megtiszteltetés számunkra, hogy a Társaság tiszteletbeli tagja lett.

Tisztelettel és szeretettel köszöntöm a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának új tiszteletbeli tagját.

Bősze Péter
az MNOT elnöke

A kolposzkópia jelentősége a korszerű nőgyógyászatban*

SANTIAGO DEXEUS, M.D., MONTSE CARARACH, M.D., D. DEXEUS, M.D.

Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Institut Universitari Dexeus, Autonom University of Barcelona, Barcelona

ÖSSZEFOGLALÁS A kolposzkópia közel 100 éves múltja ellenére ma is egy világszerte alkalmazott vizsgálati módszer. A múlt hatásaitól – angolszász iskola vagy német iskola – helyi gyakorlattól és felfogásoktól függően, alapvetően kétféleképpen alkalmazzák. A „nyugati világban” külön kolposzkópos klinikák vannak, ahova azokat a nőket utalják, akiknél a méhnyakrák szűrésére használt sejtkenetben kóros sejtek láthatók. Máshol a kolposzkópia a szokásos nőgyógyászati vizsgálat része. Jóllehet, érvek szólnak mindkettő mellett, a szerző mégis úgy gondolja, hogy a kolposzkópos vizsgálatot be kell építeni a nőgyógyászati vizsgálatba.

Az utóbbi években a kolposzkópia területén is változott a szemlélet. Az eredeti leírásos kolposzkópia helyett megfogalmazódott a „dinamikus kolposzkópia” elmélete. Ennek célja az, hogy a kolposzkópiát olyan kórismézési eszközzé változtassuk, amely képes arra, hogy a hagyományos kolposzkópos képek alapján valószínűsítse, hogy a látott eltérés hátterében milyen elváltozás állhat.

Kulcsszavak kolposzkópia, méhnyak, képzés, alsó női nemi szervek, nőgyógyászat

BEVEZETŐ Nem is olyan régen még nem hittük volna, hogy a magzatról, mint egy emberről, fényképfelvétel készíthető, illetve, hogy a korai méhen kívüli terhesség ultrahanggal is vizsgálható lesz. A fejlődés az elmúlt 30 évben rendkívüli méreteket öltött. Felvetődik a kérdés, hogy ennek tükrében hol tart ma a kolposzkópia, melyet 1925-ben vezettek be – tehát jóval a korszerű nőgyógyászatban alkalmazott jelentős műszerfejlesztés előtt. A kolposzkópos vizsgálat ma is elfogadott módszer,

* A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának III. kongresszusán elhangzott előadás, amelyet Dexeus professzor úr tiszteletbeli taggá választása alkalmából tartott 2001. november 16-án.

Levelezési cím:

Santiago Dexeus, M.D.
Department of Obstetrics and Gynecology
Institut Universitari Dexeus
Passeig de la Bonanova 67, 08017 Barcelona, Spain
Távbeszélő: (34 93) 227 4700 Távmásoló: (34 93) 418 7832
Villanyposta: sdexeus@iudexeus.uab.es

amelynek helye van a nőgyógyászati gyakorlatban. Jelen dolgozatban azt vizsgáljuk, hogy hol a helye.

Ha valóban meg akarjuk őrizni szakmánk lényegét, úgy a fontos klinikai eljárások – mint a kolposzkópia – a jövő nőgyógyászatának is alapjait kell képezzük. A jövőt magas színvonalú műszaki megoldások fogják jellemezni, de nem hiányozhatnak belőle az emberi tényezők és a betegekkel szemben tanúsított együttérzés sem.

A KOLPOSZKÓP HASZNÁLATA A KÜLÖNBÖZŐ ORSZÁGOKBAN Magától értetődő, hogy a kolposzkópia használatához az egyes országok többféleképpen viszonyulnak az eltérő körülményektől függően. A kolposzkópiát Németországban fejlesztették ki a nácizmus megerősödésének idején, ám a II. világháború jelentősen korlátozta elterjedését. A kolposzkópia ugyanakkor néhány országban, például Spanyolországban, Olaszországban, Braziliában, Franciaországban vagy Svájcban egyre fejlődött; az európai országokban a német orvostudomány közvetlen befolyása miatt, Braziliában pedig a nagy számban, főként az ország déli részében letelepedő német bevándorlók – köztük nőgyógyászok – közvetítésének eredményeként.

Annak ellenére, hogy az eljárást több, mint 75 éve vezették be, és Hinselmann eredeti leírása óta gyakorlatilag változatlanul használják, elismertsége és használata meglehetősen változó volt több körülménynek köszönhetően. Legelőször is a II. világháború következményeként létrejött politikai környezet a német iskola vezető szerepének megszűnését eredményezte, amely a múltban rendkívül nagy befolyással volt az európai országok orvostudományára. A nácizmussal szembeni gyanakvás következtében több németországi egyetemi klinika eltűnt a nemzetközi tudományos életből. Ez történt a Hamburgi Egyetemmel is, ahol a kolposzkópos vizsgálat született.

Amikor a kolposzkópiát az 1970-es években bevezették az Egyesült Államokban, szinte csak olyan nőgyógyászok használták, akik majdnem kizárólag a méhnyakkórtannal foglalkoztak, rendelkeztek sejttani, anatómiai, szövettani és kolposzkópos ismeretekkel, tehát alkalmasak voltak a méhnyak elváltozásainak kórismézésére és kezelésére. Ez lényegesen különbözik attól, ami a legtöbb európai országban történt. Ezekben az országokban a kolposzkópos szakemberek erre a területre is kiképzett nőgyógyászok voltak, akiknek az alsó női

nemi szervek betegségeire vonatkozó szövet- és sejttani tudásuk messze meghaladta az általános nőgyógyász szakorvosok ilyen irányú ismereteit.

A Dexeus Intézetben dolgozó 30 nőgyógyász rendelője mind fel van szerelve kolposzkóppal. Amennyiben kóros vagy rendellenes sejtkenet leletet találnak, a beteget egyrészt a kórisme megerősítésére, másrészt kezelés céljából az alsó női nemi szervek betegségeivel foglalkozó részlegre irányítják. Ez a rendszer lehetővé teszi az alsó női nemi szervek betegségeire szakosodott részleg fenntartását, amelynek munkáját egyébként azok a nőgyógyászok is figyelemmel kísérhetik, akik kolposzkópos képzésben kívánnak részt venni.

Érthető, hogy a kolposzkópos vizsgálat csaknem 400 US\$-ba kerül az Egyesült Államokban, hiszen itt a kóros sejtkennettel rendelkező betegeket utalják a kolposzkópos szakemberhez további vizsgálatra. A mi rendszerünkben azonban a kolposzkópos vizsgálat ugyanúgy része a nőgyógyászati vizsgálatnak, mint az egyszerű hüvelytükrös vagy tapintásos vizsgálat, ami miatt a kolposzkópos vizsgálatért külön költség nem számítható fel.

A fentieknek megfelelően két gyökeresen különböző irányzat létezik a kolposzkópia használatát illetően, földrajzilag jól elkülöníthető tagozódással. Az angolszász iskolát követő országokban a kolposzkópos vizsgálat külön kolposzkópos szakrendelést jelent, míg a német orvostudományi örökséggel rendelkező területeken a vizsgálatot a szokásos általános nőgyógyászati vizsgálat részeként magától értetődően végzik. Ez a földrajzi elkülönülés azonban nem törvényszerű, semmiképpen sem jelenti azt, hogy minden európai vagy latin-amerikai nőgyógyász rendszeresen használja a kolposzkópot a kolposzkópos képzésben rejlő különbségeknek köszönhetően (lásd lent).

KOLPOSZKÓPIAI KÉPZÉS Spanyolországban a különböző orvosi karokon végzett szülészeti és nőgyógyászati képzések során alig másfél órát szentelnek az alsó nemi szervrendszerrel kapcsolatos betegségek oktatására, így a hallgatók kolposzkópiáról kapott ismeretei arra korlátozódnak, hogy tudomásuk van „egy nagyító eszközzel, amely igen hasznos a méhnyakrák korai felismerésében, és főként célzott szövetmintavételre használják”.

A nőgyógyászati szakképzés során a szakorvosjelöltek megismerkednek az alsó női nemi szervrendszer kórtanával, a különböző kórismézési eljárások hasznosságával, illetve a különböző kezelési lehetőségekkel. Alkalmanként – hasonlóképpen, mint ahogy valaha a szikekúpkimetszést tanulták – lehetőséget is kapnak helyi kimetszés elvégzésére is. Megfelelő kolposzkópos szaktudás megszerzésére azonban csak rendkívül ritkán van lehetőségük. Ha a szakorvosjelöltek által végzett kolposzkópos vizsgálatok „kórismézési találati pontosságát” vizsgáljuk, vagyis, hogy mennyire egyezik a kolposzkópos és a szövettani vizsgálat eredménye, azt látjuk, hogy ez a nőgyógyászati szakképzés éveitől lényegesen nem javul. Ez azt jelenti, hogy jól

lehet a leendő szakorvosok elfogadható ismereteket szerezhetnek az alsó női nemi szervek betegségeire vonatkozóan, ám ez nagyban függ az ő személyes érdeklődésüktől, valamint az oktató kórház hozzáállásától és felszereltségétől. Összefoglalva, a szakképzés során a kolposzkópos ismeretek megszerzését a következő tényezők gátolják: 1. a tudományos ismeretekre alapozott, a tudást fokozatosan bővítő képzési tanterv hiánya, 2. nincs kellő ösztönzés a kolposzkópos kórismézés magas fokú elsajátítására, 3. a kórházi osztályok nem tudnak megfelelő feltételeket biztosítani a kolposzkópia oktatásához.

Minden nehézség ellenére, úgy látszik, hogy a nem megfelelő kolposzkópos tudás és gyakorlat leginkább a nőgyógyászok közömbösségének, és nem a nőgyógyászati szakképzési tantervek hiányosságainak következménye. A spanyol nőgyógyászati onkológiai szakképzésben a tanterv 75%-át szentelik a kolposzkópos ismereteket is magában foglaló kórismézési módszerek és a sebészi eljárások oktatásának. A kolposzkópiával foglalkozók nagy része tanfolyamokon, tudományos rendezvényeken szerezte ismereteit, tehát olyan oktató rendezvényeken, amelyeket a folyamatos orvostovábbképzés szellemében tartanak. Sajnos az ilyen tanfolyamoknak a megrendezését és számonkérését nem minden országban veszik kellően komolyan. A folyamatos orvostovábbképzés pontrendszerét és minőségellenőrzését egyetemi, akadémiai, illetve nemzeti tudományos szervezeteknek és/vagy nemzetek feletti testületeknek kéne létrehozniuk. Az orvosi ellátás lehetőségével és oktatási feladatokkal is felruházott Kolposzkópiái Osztályokkal szemben támasztott feltételek tökéletesen meghatározhatóak (1). A legmegfelelőbb esetben a legfontosabb célok a következők: 1. egységes oktatási tantervek, 2. az 1990-ben, Rómában javasolt nemzetközi besorolási rendszer feltételein alapuló közös szaknyelv használata, 3. a „dinamikus kolposzkópia” elméletének elfogadása, és az alsó nemi szervek betegségeinek teljes körű ismerete – függetlenül attól, hogy a kolposzkópiát végző nőgyógyász onkológus vagy sem, 4. a folyamatos orvostovábbképzések alapkövetelmény és minőségellenőrzési szabványainak meghatározása, 5. a kolposzkóp használata a mindennapi nőgyógyászati gyakorlatban.

„DINAMIKUS” KOLPOSZKÓPIA 1977-ben megalkottuk a dinamikus kolposzkópia (2) elméletét azzal a céllal, hogy jól elkülöníthető legyen a Hinselmann-féle eredeti, leíró, változtathatatlanságú besorolástól (1954), amely utóbbit a közvetlen követők szinte teljesen változatlan formában vették át. Röviden összefoglalva, a célunk az volt, hogy a kolposzkópiát olyan kórismézési eszközzé változtassuk, amely képes arra, hogy a hagyományos kolposzkópos képek alapján valószínűsítse, hogy a kolposzkópos eltérés hátterében milyen elváltozás állhat.

Nem nehéz fölismerni a rendellenes pontozott és mozaikos területeket, jó minőségű kolposzkóppal ez pár perc alatt lehetséges, és gyorsan megtanulható. Azonban pusztán kolposzkópos jelek alapján eldönteni, hogy kóros átalakulási sáv (atypical transformation zone) esetében kimetszést szükséges-e végezni

vagy sem, igen nehéz feladat, és megfelelő képzettséget igényel. Tíz különböző kolposzkópos jelet állapítottunk meg, amelyek alapján a kóros átalakulási sáv kimetszésének szükségessége eldönthető. A Rómában kialakított besorolási rendszer (International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy, IFCPC, 1990) támogatja alapelképzelésünket, mivel a kolposzkópos képeken látható enyhe vagy súlyos elváltozások azonosításával a rendellenesség súlyosságát meg lehet állapítani (1–3. táblázat). Mivel a kolposzkóppal megállapított „súlyosságnak” összhangban kell lennie az elváltozás szövettani eredményével, a „súlyosság” fokozatainak pontos meghatározása alapvető fontosságú.

1. táblázat. Kolposzkópos elnevezések (IFCPC, Róma, 1990)

A)	Szabályos kolposzkópos lelet
	Laphám
	Hengerhám
	Szabályos átalakulási sáv
B)	Kóros kolposzkópos lelet
C)	Szövetbetörő (invazív) rák gyanúja
D)	Nem megfelelő kolposzkópos lelet
	A laphám-hengerhám közötti átmenet nem látható
	Súlyos gyulladás vagy sorvadás
	Méhnyak nem látható
E)	Egyéb elváltozások
	Mikro-szemölcsös felszín (ecetsavra nem változik)
	Felszínből kiemelkedő hegyes függőly
	Gyulladás
	Sorvadás
	Kifekélyesedés
	Egyéb

2. táblázat. Kóros kolposzkópos leletek

Ecetsavnegatív laphám
Lapos, mikro-szemölcsös, egyenetlen
Pontozottság
Mozaikosság
Fehérfolt (leukoplakia)
Jódnegatív terület
Kóros érrajzolat

Az átalakulási sávon belül vagy kívül

Enyhe vagy súlyos elváltozások

3. táblázat. A kóros kolposzkópos leletek súlyossági beosztása

Kolposzkópos kép	Enyhe elváltozás	Súlyos elváltozás
Ecetsavnegatív laphám	Tiszta	Vaskos
Mozaikosság	Finom	Durva
Pontozottság	Finom	Durva
Fehérfolt	Vékony	Vastag
Kóros érrajzolat	Nincs	Van
Kimaródás	Nincs	Van

A kolposzkópos vizsgálatok „specifitására” vonatkozó adatok 48 és 10% között mozognak (3–4), míg a vizsgálat érzékenysége (szenzitivitása) 96%-os (4). Nyilvánvaló, hogy a specifitás széles tartománya attól is függ, hogy milyen szövettani leletet tekintünk kórosnak. Vajon hamis-pozitív kolposzkópos eredménynek számít-e, ha a kóros kolposzkópos el-

változás miatt végzett kimetszés után csupán alacsony fokozatú elváltozás mutatható ki? Noha a szövettani eredményeket „arany szabályként” fogadjuk el, köztudott, hogy a szövettani kórisme bizonyos fokig a vizsgáló személyétől is függ. Az is ismert, hogy ugyanazon vizsgáló által újravizsgált metszet eredménye is eltérhet a korábbitól.

A szerzők egy része úgy véli, hogy a kolposzkóppal vezérelt egyszerű kimetszéssel történő szövetmintavétel nagy hibalehetőséget hordoz magában, illetve, hogy az eltávolított szövetdarab nem jellegzetes az elváltozás egészére nézve, tehát nem kaphatunk átfogó képet. Ez a helyzet valószínűleg akkor következik be, ha a kolposzkóppal irányított szövetmintavételt tapasztalatlan személy végzi, vagy ha a kimetszés kicsiny, nem elegendő megfelelő szövettani feldolgozásra. A legtöbb hiba abból adódik, hogy a kolposzkópos vizsgáló nem nézi át az egész átalakulási sávot (transformation zone). Egyértelmű, hogy a méhnyakban lévő elváltozásra a méhnyak külső részéről történt kimetszésből nem lehet következtetni. Egy ilyen szövetmintavétel csak akkor jellemzi a méhszáj elváltozását, ha a átalakulási sáv más részén nincs jelentős kóros kolposzkópos eltérés. A mikrokolpohisztoszkópia igen fontos lehet ezekben az esetekben, hiszen segítségével kimutathatók a nyakcsatornában lévő, kolposzkóppal nem látható rendellenességek is.

A KOLPOSZKÓPIA ALKALMAZÁSÁNAK LEGFONTOSABB TERÜLETEI

A MÉHNYAKRÁK KORAI FELISMERÉSE A méhnyakrák szűrésére a sejtkenet és kolposzkópos vizsgálatot együttesen csak akkor alkalmazták, amikor a sejtkenetvizsgálatot szűrővizsgálatként bevezették, és akkor is csak néhány intézményben. Egy korábbi közleményben (5) arról számoltak be, hogy a sejtkenet és a kolposzkópos vizsgálat együttes használata a kórismezés hatékonyságát csaknem 100%-osra növelte (4. táblázat). Jelenleg azonban a két eljárás együttes használata kivitelezhetetlen, hiszen a rákszűrési rendszert a széles néprétegek vizsgálatának megfelelően alakították ki. A kolposzkópia másodvonalbeli kórismezési eszközzé szorult vissza olyan esetekre, amelyeknél kóros sejttani elváltozás fordul elő. Az irodalmi adatok és

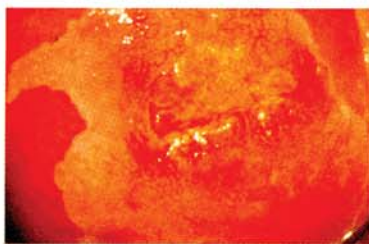
4. táblázat. Együttes sejtkenet és kolposzkópos vizsgálat kórismezett méhnyakrák esetek

Első szerző, év	Helyes sejttani lelet (%)	Helyes kolposzkópos lelet (%)	Helyes lelet mindkét módszerrel (%)
Limburg (1965)	89,0	97,0	99,4
Navratil (1964)	87,0	79,1	98,8
Coppleson (1967)	93,0	92,0	98,0
Cope (1969)	90,0	95,0	95,0
Dexeus (1972)	91,0	94,1	98,9

az egyeztető tanácskozások (többek között a 2001 szeptemberében Bethesdában tartott ülés) ajánlásai a humán papillomavírus (HPV) DNS-vizsgálatát nemcsak a kóros sejtkennettel rendelkezők lehetséges kezelésének meghatározására javasolják, de új szűrési programok megtervezéséhez is. Feltételezés szerint negatív DNS-HPV lelet esetén a két sejttani szűrés kö-

zött eltelt időt meg lehetne hosszabbítani (6-8). Egyes szerzők (9) azonban kimutatták, hogy a sejtkennel együttesen végzett HPV-vizsgálat nem ad jobb eredményeket, mint a másodvonalbeli kolposzkópia, s így megkérdőjelezték a HPV-szűrés szükségességét a klinikai gyakorlatban (10-11). Lehetséges, hogy a jövőben kidolgoznak olyan új eljárásokat, amelyek részben vagy egészben helyettesíthetik a napjainkban a méhnyakrák korai felismerésében elsődleges módszerként szolgáló sejtkennvizsgálatot. Amíg azonban a jelenleg használatos többi eljárás hatékonysága nem veszi föl vele a versenyt, a sejtkenn vizsgálat értéke változatlan marad. Ennek a kijelentésnek értékét nem csökkenti az igen nagy arányú negatív, illetve hamispozitív sejttani lelet sem, ezek csupán arra figyelmeztetnek, hogy igen elővigyázatosan kell kialakítani a minőségellenőrzést mind a sejttani laboratóriumban, mint pedig a mintavételi eljárás során.

MÉHNYAK ELVÁLTOZÁSOK Köztudott, hogy a kolposzkópiát elsődlegesen a méhnyak elváltozásainak kórismezésben használják. A különösen jellegzetes kolposzkópos jelek felismerése le-



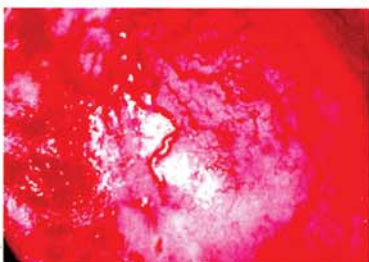
1. ábra. Szabályos, fehér, sima felszínű mozaikosság, mely kiskockázatú rákelőző állapotnak felel meg



2. ábra. Kimaródás, fehér folt (leukoplakia) és durva mozaikosság. Méhnyakrák képe.



3. ábra. Pontozottság, behúzódó nyílások képe. Mikrorák-nak (microinvasive carcinoma) felel meg.



4. ábra. Kóros érrajzolat. Méhnyakrák képe.

hetővé teszi a kolposzkópos szakember számára, hogy az általa vizsgált képek alapján valószínűsítse az elváltozás szövettörténeti eredetét, illetve, hogy a szövetmintavételt a leginkább jellemző és a kórképre következtetni engedő területéről végezze. Noha a különböző kolposzkópos elváltozások meghatározása nem célja ennek a közleménynek, bemutatjuk néhány jellegzetes kis- és nagykockázatú méhnyaki elváltozás kolposzkópos képét (1-4. ábrák).

5. táblázat. A jellegzetes és nem jellegzetes kóros átalakulási sáv kolposzkópos képei közötti különbség

Kolposzkópos	Nem jellegzetes KÁS	Jellegzetes KÁS
Ecetsavfehér hám	Nem látható	Látható
Határ vonal	Határozott	Határozatlan
Elváltozás körüli eltérés	Nincs	Van
Elhelyezkedés	Általában a hengerhám fedett külső méhnyak környékén	A hengerhám fedett területtől távol
Hámsérülés	Nincs	Kimarodás, kifehélyesedés
Kontrasztosság	Külső területeken fokozott	Laphám-hengerhám átmenetnél fokozott
Erezettség	Szabályos erek	Kóros érrajzolat
Kolposzkópos kép	Egységes	Sokféle, változatos
Mirigy nyílás	Hiányzik	Van, gyakran elszarusodott

KÁS kóros átalakulási sáv



5. ábra. Elszarusodó, gyűrű vagy csepp alakú mirigy nyílások, amelyek mellett már nem látható a szabályos átalakulási sávra jellemző szövetátalakulás (metaplázia)

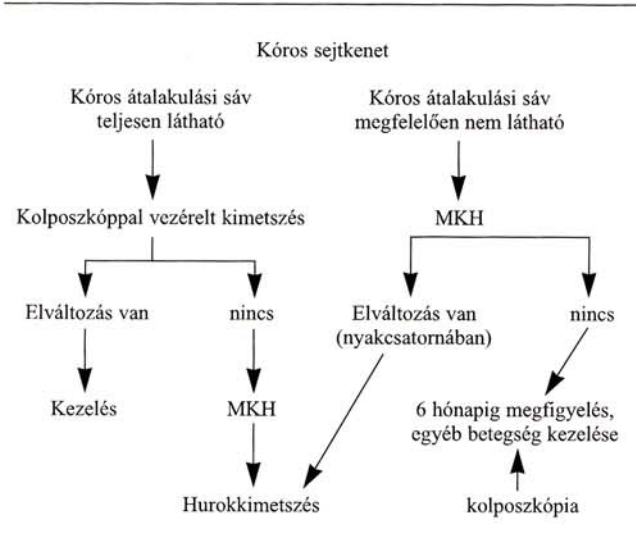
A kolposzkópos elváltozások intézetünkben használt beosztása (5) egyfajta „tizparancsolat” (5. táblázat), amely az IFPCPC 1990-es római találkozóján meghatározott összes kolposzkópos elváltozást és több más jelet is tartalmaz. Pl. a mirigyek elszarusodó, gyűrű vagy csepp alakú nyílásai, amelyek körül már nem látható a szabályos átalakulási sávra jellemző szövetátalakulás (metaplázia) (5. ábra), igen jellegzetes kolposzkópos lelet.

A kolposzkópos elváltozások mélyreható ismerete lehetővé teszi, hogy olyan kórismét állítsunk fel, mely összhangban van az elváltozás háttérében álló szöveti elváltozással. Ilyenkor a célzott kimetszés, szövetmintavétel csak a legvégső kórismzési lépés. Némely esetekben azonban az elváltozás nagy területének kimetszése is szükséges az elváltozás megfelelő kórismzéséhez. Mindezek a megfontolások alátámasztják a „dinamikus” kolposzkópia elméletét, amely viszont rendkívül hasznos eszköze a nőgyógyászati szakrendelésnek.

KÜLÖNLEGES ESETEK

KISKOCKÁZATÚ LAPHÁMBELI ELVÁLTOZÁS (LOW GRADE CERVICALIS INTRAEPITHELIALIS NEOPLASIA, CIN), ISMERETLEN EREDETŰ LAPHÁMSEJT RENDELLENESÉG, ISMERETLEN EREDETŰ MIRIGYSEJT RENDELLENESÉG, HPV-POZITÍV SEJTKENET Annak ellenére, hogy ezen elváltozások sejttanilag különbözőek, a kezelési menetet illetően egy csoportba sorolhatók, mert a kolposzkópos vizsgálatnak mindegyik esetben ugyanolyan sze-

6. táblázat. A vizsgálat menete kóros sejtkenet eseteiben



MKH mikrokolposzterozkópia

repe van (6. táblázat). Összegezve azt mondhatjuk, hogy amikor a kolposzkópos vizsgálat megfelelő – az egész hámelváltozás jól látható –, a betegség kórismezésében a kolposzkópos vizsgálat meghatározó jelentőségű. (Tapasztalataink szerint az ismeretlen eredetű laphám/mirigyhám rendellenesség, illetve a kiskockázatú laphám-beli elváltozások eseteiben a sejtkenet 0,1, illetve 0,5%-ban pozitív.)

NAGYKOCKÁZATÚ LAPHÁMBELI ELVÁLTOZÁS (HIGH-GRADE SQUAMOUS CELL INTRAEPITHELIAL LESION) Ebben az esetben az azonnali kolposzkópos vizsgálat az egyetlen lehetséges megközelítés, kórismzési hiba csak nagyon ritkán fordul elő. Feltétlenül szükséges a teljes alsó nemi szervrendszer és a belső méhnyak vizsgálata is.

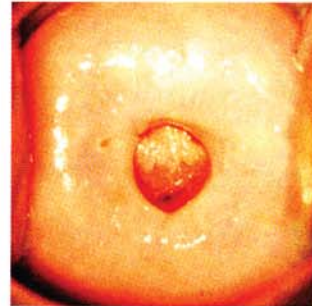
GYULLADÁST MUTATÓ SEJTKENET A kolposzkópos vizsgálat elvégzése különösen ajánlott, mivel a gyulladásra utaló sejttani lelet mögött olyan laphám elváltozás bújhat meg, amelyet nem szoktak fölismerni, és amelyet a kolposzkópos vizsgálat felfedhet.



JÓINDULATÚ BETEGSÉGEK A kolposzkópia nélkülözhetetlen a kis heg-

6. ábra. Méhnyakgyulladás kolposzkópos képe

szövetes sarjdagánatok, polipok, repedések vagy sérülések okozta elváltozások esetén, és nagyon hasznos a sipolynylások és az endometriozisos területek felismerésében is. Hasonlóan jól alkalmazható az alsó nemi szervek veleszületett rendellenességeinek kiegészítő kórismzési eszközeként. Fertőzés esetén, amelyek gyakran tünetmentesek, kolposzkópos elváltozások a fehérfolyás jellegzetes képeitől a kórjelző kolposzkópos képekig terjedhetnek (6. ábra).



7. ábra. Lézerrel kezelt méhnyak

AZ ELVÁLTOZÁSOK ÉS A KEZELÉS FELÜGYELETE Általánosan elfogadott, hogy a terhesség alatt felismert laphám elváltozások kezelését a szülés utánig el lehet halasztani, és, hogy a terhesség alatt az elváltozásokat ellenőrzés alatt lehet tartani. A kolposzkópos vizsgálatok lehetővé teszik az elváltozás növekedésének alapos megfigyelését, különösen akkor, ha képfelvétel készítésére alkalmas kolposzkóp (digital imaging colposcopy) áll rendelkezésre.

NYOMONKÖVETÉS A sejtkenetvizsgálattal egybekötött kolposzkópia kiválóan alkalmas a korábban kimetszéssel vagy lézerrel kezelt elváltozások ellenőrzésére (7. ábra).

AZ ELVÁLTOZÁSOK TERÜLETI ELOSZLÁSÁNAK MEGFIGYELÉSE Az elváltozások elhelyezkedésének fölmerése (többgócú területek, méret stb.) a nőgyógyászati onkológiában különösen fontos a megfelelő súlyossági fokozat és a kezelés meghatározásához, pl. a kolposzkópos vizsgálat IB stádiumú méhnyakráknál a pusztán szemmel nem látható hüvelybe terjedést is kimutathatja, ami a pontos stádium magállapítás és a kezelés szempontjából – nagyobb terület kivágása – is jelentős. Másfelől azonban szem előtt kell tartani azt is, hogy minél kiterjedtebb a laphám elváltozás, annál nagyobb esélye van egy súlyosabb elváltozás egyidejű jelenlétének.

KOLPOSZKÓPIA ÉS VÁLTOZÓ KOR A hüvely nyálkahártya sorvadásának mértékét a kolposzkópiával egészen pontosan meg lehet határozni. A hormonpótló kezelést elutasítók is jobban elfogadják a hormonok adását, ha a hüvelyszárazság, mely rendszerint más betegségekkel (visszatérő hólyaggyulladás, fájdalmas közösülés, fehérfolyás) is társul, kolposzkóppal megállapítható, és a beteg felvilágosítható, hogy ezek az betegségek hormonok adásával gyógyíthatók.

NŐGYÓGYÁSZATI TÜNETEK Tanácsos a nőgyógyászati jellegű tünetek (különösen véres folyás vagy rendellenes vérzés) esetén kolposzkópos vizsgálatot végezni. Ilyenkor ugyanis a méh-megnagyobbodás vagy a véres váladék akadályozhatja a méhnyak vizsgálatát, ami miatt a mintavétel gyakran nem a megfelelő helyről történik, és emiatt a sejttani lelet hamisan negatív



8. ábra. Fehérfolt a hüvelyboltozatban



9. ábra. A szeméremtest hámbeli elváltozásai (vulva intraepithelialis neoplasia)

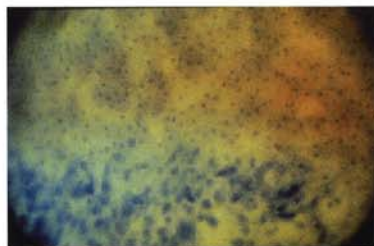


10. ábra. A szeméremtest hámbeli elváltozásai (vulva intraepithelialis neoplasia)

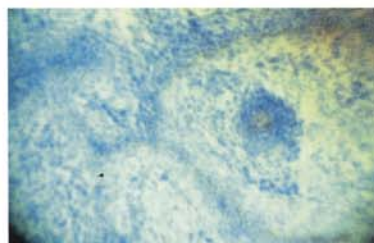
lehet. A kolposzkópos vizsgálatot azonnal el kell végezni akkor is, ha a méhnyak épségéhez a szabad szemmel végzett vizsgálat során bármilyen kétség férhet.

KOLPOSZKÓPIÁBÓL SZÁRMAZÓ MÁΣ VIZSGÁLÓ MÓDSZEREK Noha a kolposzkópiát helyesen „cervicoszkópiának” kellene nevezni, hiszen a méhnyak elváltozásainak vizsgálata a fő alkalmazási területe, az eszközt a hüvely és a szeméremtest vizsgálatára (vaginószkópia, illetve vulvoszkópia) is használják. Az eljárás megegyezik a szokványos kolposzkópos vizsgálatával, bár a szeméremtest megtekintésénél magasabb töménységű (4%-os) ecetsav használata javasolt. A hüvely megtekintése jóval bonyolultabb, mert egy nem valódi üreget kell megvizsgálni. A hüvelyt minden kiterjesztett műtéten átesett betegnél kolposzkóppal meg kell nézni, mivel a szabad szemmel nem látható helyi daganatkiújulást csak így lehet kimutatni. Laphám-beli elváltozás miatt hagyományos kezelésben részesülő beteg szeméremtestét és hüvelyét is alaposan meg kell vizsgálni a többgócú vagy kiújuló elváltozások lehetőségének fennállása miatt (8. ábra). Hasonlóan a méhnyak hámon belüli elváltozásaihoz, a szeméremtest kolposzkópos vizsgálata is szükséges szeméremtest elváltozások, különösen laphám-beli folyamatok (vulvar intraepithelial lesions) eseteiben, mivel ezek kolposzkóppal nagyon jól láthatóvá válnak (9. és 10. ábra) (9).

MIKROKOLPOHISZTEROSZKÓPIA Ezt az eljárást Hamou (12-14) írta le 1980-ban. Gyökerei az Antoine és Grünberg által 1949-ben leírt kolpomikroszkópiából erednek, s értékes kiegészítője a kolposzkópiának. A mikrokolpohiszteroszkóp lencséinek rendszere lehetővé teszi a méhnyak teljes látószögű (panorá-



11. ábra. Mikrokolpohiszteroszkópia: a méhnyakelváltozás külső szélé, ahol már szabályos többrétegű laphám található



12. ábra. Mikrokolpohiszteroszkópia: a méhnyakelváltozás belső határa a nyakcsatornában. Kolposzkóppal már nem látható.

más) vagy élő szervezeten belüli (in vivo) megtekintéses vizsgálatát 60 vagy 150-szeres nagyítással. Szerves (szupravitalis) festékeket használnak hozzá, az érett laphám vizsgálatához Lugol-oldatot, a kóros és az átalakuló (metaplasztikus) hámszövet vizsgálatához pedig Waterman-kék-tintát (pH 3,14). Ezzel a módszerrel a külső méhnyak és a méhnyakcsatorna betegségeit is pontosan föl lehet mérni (11. és 12. ábra), a szövetmintavételt az elváltozás súlyossága szerint lehet irányítani. A mikrokolpohiszteroszkóppal megállapított kórisme több, mint 88%-ban egyezik a szövettani vizsgálat eredményével (15-16). Az elváltozás elhelyezkedését pontosan meg lehet határozni, és ennek megfelelően a kimetszések is pontosabban elvégezhetőek. A visszamaradó elváltozás aránya 0,6% volt a kúpkimetszés előtt mikrokolpohiszteroszkópián átesett betegek esetében, ugyanez az arány az ellenőrző csoportban 10%-nak bizonyult (17).

Kutatócsoportunk tapasztalatai szerint a rendellenes sejtkenet lelet miatt végzett 291 méhütrükrözés (hiszteroszkópia) esetében a histiocyták jelenléte képezte a műtét javallatát (7. táblázat) (18). Ebben a tanulmányban 119 olyan nőnél, akinek sejtkenetében a méhnyálkahártya kötőszövetes állományából (stroma) származó histiocytákat lehetett látni, 21-nél (17,6%) kóros elváltozást találtak. Ezzel szemben 17 rendellenes mirigysejtek tartalmazó sejtkenet esetében 12-ben volt kóros elváltozás (2 méhnyakcsatornarák, 2 méhnyálkahártyarák, 8 jó-

7. táblázat. Sejtkenet leletek, melyek miatt méhütrükrözés (hiszteroszkópia) történt

Sejtkenet	Esetszám megoszlás	Százalékos
Histiocyták	119	40,9
Kóros mirigyhámsejtek	68	23,4
Hiperplasztikus méhnyakcsatorna sejtek	58	19,9
Méhnyálkahártya túltengés	31	10,6
Méhnyálkahártyarák	8	2,7
Kötőszövetes-mirigyes polip	5	1,7
Méhnyak mirigyrák	2	0,7
Összesen	291	

indulatú elváltozás). Ahol a sejttani vizsgálat hyperplasiás nyakcsatorna sejteket vagy méhnyak-mirigy túltengést mutatott, a méhürtökrözés nem utalt rosszindulatú folyamatra. Az esetek 64%-ában a vizsgálat nem mutatott elváltozást, 11,2%-ban méhsorvadás és 10,1%-ban méhnyaksorvadás fordult elő. Itt jegyezzük meg, hogy a méhnyálkahártyarák gyanújának esetében az egyezési arány 89,9% (6/8) volt annak ellenére, hogy a sejttani leletet általában nem tekintik mérvédónak méhtestrák szűrésében.

ÖSSZEFOGLALÁS A jelen tanulmányban bemutatott bizonyítékok alapján összegezésként elmondhatjuk, hogy „a kolposzkópia jó egészségnek örvend”. A módszer népszerűsége várhatóan növekedni fog a nőgyógyászatban, ha a sejtanászok és a nőgyógyászok tevékenysége a saját területükre korlátozódik, és nem akar egyik sem a másik szakma „rögtönzött” szakemberévé válni. A nőgyógyásznak, mint a nők egészség gondozási szakemberének, összehangoló szerepét meg kell őrizni, és emiatt a kolposzkópos vizsgálatnak a mindennapi nőgyógyászati szakrendelés szerves részévé kell válnia.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS A szerkesztőség hálás köszönetét fejezi ki Dr. Koiss Róbertnek (Fővárosi Szent István Kórház, Nőgyógyászati Osztály, Budapest) a közlemény fordításáért.

IRODALOM

1. Luesley D. Standards and quality in colposcopy. NHSCSP publication, No 2, January 1996.
2. Dexeus S, Carrera JM, Coupez F. Colposcopy. Philadelphia, Saunders, 1977.
3. Mitchell MF, Schottenfeld D, Tortorero-Luna G, et al. Colposcopy for the diagnosis of squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1998; 91:626-631.
4. Ponce J. Cancer de cervix ¿enfermedad oncológica o enfermedad infecciosa? *Prog Obstet Ginecol* 2001; 44:285-286.
5. Dexeus S, López-Marín L, Labastida R, et al. Tratado y atlas de patología cervical. Barcelona, Masson Salvat, 1993.
6. Cuzick J, Szarewski A, Terry G, et al. Human papilloma virus testing in primary cervical screening. *Lancet* 1995; 345:1533-1536.
7. Walboomers JM, Husman AM, Snijders PJ, et al. Human papilloma virus in false-negative archival negative smears: implications for screening for cervical cancer. *J Clin Pathol* 1995; 48:728-732.
8. Kuhn L, Denny L, Pollack A, et al. Human papillomavirus DNA testing for cervical cancer screening in low resource settings. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92:818-825.
9. Paraskevaidis E, Malmou-Mitsi V, Koliopoulos G, et al. Expanded cytological referral criteria for colposcopy in cervical screening: Comparison with human papillomavirus testing. *Gynecol Oncol* 2001; 82:355-359.
10. Goodman A. Role of routine human papilloma virus subtyping in cervical screening. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000; 12:11-14.
11. Kaufman RH, Adam E. Is papillomavirus testing of value in clinical practice? *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:1049-1053.
12. Hamou J. Microcolpohysteroscopie: une nouvelle technique en endoscopie. Les applications. *Acta Endoscopica* 1980; 10:415.
13. Hamou J. Microhysteroscopy. A new procedure and its original application in gynecology. *J Reprod Med* 1981; 26:375-382.
14. Hamou J, Salat-Baroux J, Coupez F, et al. Microhysteroscopy: A new approach to the diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol* 1984; 63:567.
15. Dexeus S, Labastida Y, Ubeda A. Microcolpohysteroscopy: Myth or reality? *J Lower Gen Tract Dis* 1997; 1:137-140.
16. Vancaille T, Schmidt EH, Bonk U, et al. Standardizing microcolposcopy. Assessing the criteria for evaluating the presence and degree of cervical intraepithelial neoplasia. *J Reprod Med* 1987; 32:769-773.
17. Guerra B, Guida G, Falco P, et al. Microscopic topographic endocervical assessment before excisional treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol* 1996; 88:77-81.
18. Ubeda A. Személyes közlés.

MAGYAR ORVOSI NYELV

I. ÉVFOLYAM, 1. SZÁM • 2001. DECEMBER

EGY ÚJ ORVOSI FOLYÓIRAT

MAGYAR ORVOSI NYELV

Megjelenik a Magyar Szakírók Szövetsége, a Magyar Tudományos Akadémia Orvostudományok Osztálya, a Magyar Tudományos Akadémia Nyelv- és Irodalomtudományok Osztálya, a Magyar Orvosi Kamara és az Európai Nőgyógyászati Rák Akadémia gondozásában

ALAPÍTÓ-FŐSZERKESZTŐ

Prof. Dr. Bősze Péter

FŐSZERKESZTŐ-HELYETTESEK

Prof. Dr. Bertók Loránd

Dr. Brencsán János

Prof. Dr. Eckhardt Sándor

Prof. Dr. Fábíán Pál

Prof. Dr. Gáti István

Prof. Dr. Szabó István Mihály

SZERKESZTŐ

Dr. Grétsy Zsombor

SZERKESZTŐSÉGI TITKÁR

Barabás Terézia

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG

Elnök:

Prof. Dr. Vizi E. Szilveszter

Tagok:

Prof. Dr. Ádám György

Prof. Dr. Besznyák István

Prof. Dr. Donáth Tibor

Prof. Dr. Egyed Jenő

Prof. Dr. Fehér János

Prof. Dr. Grétsy László

Prof. Dr. Horváth Attila

Prof. Dr. Jászberényi J. Csaba

Prof. Dr. Juhász Nagy Sándor

Prof. Dr. Keszler Borbála

Prof. Dr. Kiefer Ferenc

Prof. Dr. Kupcsulik Péter

Prof. Dr. Lapis Károly

Prof. Dr. Palkovits Miklós

Prof. Dr. Paulin Ferenc

Dr. Prószéky Gábor

Prof. Dr. Sótonyi Péter

Dr. Szilágyi Zoltán

Prof. Dr. Telegdy Gyula

Dr. Ungár László

A Magyar Orvosi Nyelv megjelenik 6 havonta.

Kiadó: Primed-X Kiadó. Címe: 1301 Budapest, Pf. 46. Távfeszélő: (36 1) 429 0316

Távmásoló: (36 1) 429 0318, Villanyposta: mail@primed-x.hu

Előfizetési díj nincs, érdeklődők számára térítésmentesen biztosítjuk.

Hirdetéssel kapcsolatos tájékoztatásért forduljon a kiadóhoz!

ISSN 224 3754

A Magyar Orvosi Nyelv című folyóirat célja a magyar orvosi, és ezen keresztül – közvetve és közvetlenül is – a magyar nyelv ápolása. Egy „nyomatott nyilvánosság”, melyben kivétel nélkül mindenki elmondhatja a magyar orvosi nyelvvel kapcsolatos véleményét, kifejtheti nézeteit, javaslatot tehet új fogalmak magyar megfelelőire, új szavakra, és bírálhatja, csiszolhatja a javasolt új szavakat és fogalmakat. Állást foglalhat továbbá az orvosi szavak és szó szerkezetek írásának módjában is. Nyitott mindenre, mely a magyar orvosi nyelv jobbitása érdekében történik, és elősegíti a közös állásfoglalást, a nyelv egységes használatát.

A ma orvosa az orvosi szakma forradalmi változását, a molekuláris biológia korát éli. Az orvosi irodalom elkerülhetetlenül átíródik a betegségek molekuláris-alapú osztályozása szerint. Ez a változás hasonló ahhoz, mint aminek elődeink voltak tanúi, amikor a mikroszkóp az orvosi gyakorlat részévé vált, és az addig kézzel megfogható – szöveti-sejtszintűvé zsugorodott. A betegségek szövettani beosztást nyertek. A változás azonban nagyságrendekkel nagyobb, a sejtek, a sejtelemelek és kromoszómák szintjén keresztül a molekuláris nagyságrendig jutottunk. A kizöckent gének és termékeik megismerésének korát éljük, és nem „kárhozat, hogy mi születünk arra, hogy helyretoljuk azt”. Az ismeretek hatványozódnak. A molekuláris biológia új fogalmak ezreit szüli, új szótár születik, és mind angolul. Az angol kifejezések rátelepszenek más nyelvekre, beljük épülnek, és előbb-utóbb uralni fogják azokat. Ez a veszély minket is fenyeget, és, ha nem találunk magyar megfelelőket, nem készítjük az új szótárt magyarul is, a magyar orvosi nyelv csenevészé válik, egy kifiamodott zagyva keverékké, melyet az orvosok is csak részleteiben fognak érteni.

Senki nem tagadja, hogy az orvosi irodalom és szakma nemzetközi nyelve az angol. Ez teljesen helyénvaló, mert a közös nyelv és a közös értelmezés a határok nélküli kutatás és orvosi gyakorlat elengedhetetlen része. Téves lenne minden országnak saját meghatározásokat megfogalmazni, áttekinthetlenné tenné a helyzetet, és nagyon sokat ártana. Ez azonban nem jelenti azt, hogy az Európai Közösség egy közös csapat által vezetett, arctalanná vált országok szürke tömege legyen. Önazonosságukat megtartott, ezeréves gyökereiket erősítő, mérhetetlen nemzeti kulturális kincseiket őrző országok színes közösségébe akarunk belépni. Ez pedig nem képzelhető el a nemzeti nyelv megőrzése nélkül. A köznyelv, az irodalmi nyelv és a szaknyelvek – beleértve az orvosi nyelvet is – egységet képeznek, egymástól elválaszthatatlanok. Nekünk, orvosoknak és az egészségügyben, kutatásban tevékenykedőknek tehát kötelességünk és felelősségünk a magyar orvosi nyelv megőrzése és ápolása, amihez a nyelvészekről felbecsülhetetlen segítséget kapunk. A Magyar Orvosi Nyelv ennek a törekvésnek kíván országon belül és határon túl teret adni.

A magyar orvosi nyelv ápolása nem lehet sikeres, ha csak egy maroknyi csapat, a megszállott szerkesztők munkálkodnak rajta. Mindnyájunk összefogása, együttgondolkodása hozhat csak eredményt. Új szavak, fogalmak és írásmódok csak akkor létezhetnek, ha mindnyájunk tudatában testet öltenek, mindnyájunk egységesen használjuk azokat. Ezért nem csak köszönetemet, hálámát fejezem ki, de fejet hajtok mindenki előtt, aki közreműködik, mert hiszem, hogy küldetést teljesít.

Bősze Péter

A tudományos közlemények jelentősége és a hozzáférés lehetőségei: amit a gyakorló orvosnak tudni kell

BŐSZE PÉTER DR.

Fővárosi Szent István Kórház, Nőgyógyászati Osztály, Budapest

ÖSSZEFOGLALÁS A tudományos közlemények az orvoslás pillérei, az orvoslás és a tudományos közlés elválaszthatatlan. A közlemények jelentik a képzést, a kutatást és az előrehaladást, sőt még a gyakorló orvos teljesítményének mércéjét is. A közlemények között azonban óriási különbségek vannak, és nem mindegy, hogy milyen nívót képviselnek. A tudományos közlemények nívóját a bírálók biztosítják, hiszen a közlemények csak akkor kerülhetnek nyomtatásba, ha az adott terület független szakértői erre megfelelő minőségűnek ítélik azokat. Sajnos ebben a vonatkozásban is túltermelésben van a világ, aminek óhatatlan velejárója a silányság. A mérhetetlen számú közlemény csak úgy lesz valamelyest áttekinthető, ha azt a számítógépek valamilyen rendszerbe szervezik. A közlemények világa tehát szerteágazó, és nap mint nap változik. A tájékozódás ugyanakkor a gyakorló orvos számára nélkülözhetetlen.

Kulcsszavak folyóiratok, tudományos közlemények, előbírálások, világháló, tájékoztatási rendszerek

BEVEZETÉS Az olvasó talán először kicsit értetlenül nézhet, és kérdezheti, hogy egy olyan orvosi folyóirat, mint a „Nőgyógyászati Onkológia” miért foglalkozik az orvosi közlemények kérdésével. A válasz egyszerű. Ez a kérdés bizonyos értelemben önálló tudománnyá alakult, szakmává vált, amit úgy hívnak, hogy „tudományérés” (tudománymetria, scientometria), és amihez mindenkinek valamelyest érteni kell, különben útvesztőbe téved, és nem tud tájékozódni.

A tudományos közlemények az orvoslás pillérei. Egyesek csak támaszkodnak ezekre a pillérekre, mások építik is azokat. Bármelyiket is nézzük, az orvoslás és a tudományos köz-

Levelezési cím:

Prof. Dr. Bősze Péter
Fővárosi Szent István Kórház
Nőgyógyászati Osztály
1096 Budapest, Nagyvárad tér 1.
Távbeszélő: (36 1) 2752172 Távmasoló: (36 1) 2752172
Villanyposta: bosze@axclero.hu

lés elválaszthatatlan. Ez a felismerés az ősidőkre megy vissza. A kezdeti feljegyzéseket sokszor titokban őrizték, és csak apáról fiúra szállt, máskor kisebb-nagyobb nyilvánosságot kapott. A fejlődés ezen a területen is kiszélesedett, elérte az egész orvostársadalmat, és az írásos tudományos munkák azal a céllal születtek, hogy a szerzett ismereteket továbbadják, egymással megvitassák azért, hogy a gyógyítás eredményesebb legyen. A mérleg nyelve azonban kilendült, és manapság a tudományos közlés felfoghatatlan méreteket öltött. Sok vonatkozásban az indítékok is megváltoztak. A bőség zavarára itt is összevisszaságot teremtett, és többekben csüggedtséget is. Áttekinthetlenné és követhetlenné vált az orvosi irodalom, amely miatt többen is elfordultak tőle. Lépten-nyomon felmerült a kérdés, hogy miért kell a rengeteg közlemény, miért a rengeteg orvosi folyóirat, és vajon milyen hatása van ennek a közlemények minőségére. A töprengés jogos, a cél pedig nem mindig nemes.

AZ ORVOSI FOLYÓIRATOK FAJTÁI Az orvosi folyóiratok kora széles határok között változik, nem egy már matuzsálemi korban van, 100 évnél jóval idősebb, nagy többségük azonban nagyon fiatal, a gyermekéveket tapossa. Nap mint nap újabb folyóiratok születnek – jóllehet a piac megtelt –, és rövid idő alatt megszűnnek. Kegyetlen a verseny és a küzdelem a fennmaradásért. Nincs annyi orvos, és nincs annyi idő, hogy a közleményeket el lehessen olvasni. A legtöbb folyóirat új kutatási eredményeket, új megfigyeléseket és klinikai tapasztalatokat közöl. Kezdetben az ilyen jellegű folyóiratok az orvostudomány egészét átfogták, majd folyamatosan szakosodtak. Néhány azonban, mint pl. a „Lancet” vagy az „Orvosi Hetilap” megtartotta ezt az arculatát, de folyamatosan kiegészült. Híreket, beszámolókat és összefoglaló munkákat is közlést, hogy olvasói érdeklődését jobban felkeltse. Ma már nem fenntartható egy olyan folyóirat, amely csak száraz kutatási eredményeket közöl. Tetszik, nem tetszik, a lapot el kell adni. Az átfogó folyóiratok, különösen a nemzetiek, általában az ország tulajdonát képezik, és jelképes értékük is van, múltat és hagyományt képviselnek. Másokat több társaság együttesen vagy egy-egy intézet tart fent. Előfordul azonban, hogy magánkézbe kerülnek.

A folyóiratok nagy többsége szakmákra szakosodott. Ezek közül egyesek átfogó jellegűek, mint például a daganatgyógyászat területén a „CANCER”, mely a daganatok mindegyik fajtájával foglalkozik. Mások a nagy szakmákon belül csak kisebb részeket, önállóvá vált „alszakmákat” ölelnek fel, mint pl. a „Nőgyógyászati Onkológia”. Átfedések azonban óhatatlanul előfordulnak, mint ahogy az orvosi szakmák között sincs éles határ. Az ún. „orvos szakmák” szerinti folyóiratok száma rohamosan megnőtt, és egyre több olyan folyóirat látott napvilágot, mely kisebb területeket fogott át, olyanokat, melyek rész szakmák vagy sokszor még azok sem. Értelemszerűen, minél kisebb egy szakterület, amellyel egy folyóirat foglalkozik, annál kisebb az olvasótábora is, és ezért aztán folyamatosan ismétlésekre kényszerül. Nem véletlen, hogy leginkább ezek a lapok tiszavirág életűek. Az orvos szakmák szerinti lapok általában orvos társaságok kiadványai, melyek lehetnek nemzetközi, pl. „International Journal of Gynecologic Cancer”, mely a nemzetközi Nőgyógyász Rák Társaság tulajdona, vagy egy-egy földrészre kiterjedők, pl. „European Journal of Gynaecological Oncology”, mely mostanáig az Európai Nőgyógyászati Onkológiai Társaság kiadványa volt, illetve nemzeti, mint pl. a „Magyar Nőorvosok Lapja”, amely a Magyar Nőorvos Társaság hivatalos lapja.

Egyre sokasodnak az összefoglaló folyóiratok, melyek alapvető célja a képzés. Néhányuk neves szakember által írt összefoglaló közleményeket tartalmaz gyakorlati útmutatóval. Ezek nagyon hasznosak lehetnek, elsősorban rohanó orvosok számára, akik legalább így próbálják tudásukat naprakészen tartani. Hátránya, hogy más szemüvegen keresztül jut el hozzájuk a tájékoztatás, amely téves is lehet. Nagy a piaci sikere az olyan összefoglaló lapoknak, amelyek máshol megjelent közleményeket mutatnak be, tehát nem saját szerzők által írtakat, és rendszerint felkérnek valakit, hogy véleményt is fűzzön hozzájuk. Következésképpen sokan szerepelnek benne, rendszerint fényképpel, ami népszerűségüket nagymértékben fokozza. Az ilyen folyóiratok a „szemlék”, pl. „Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle”. A szemlék általában a legteljesebb mértékben jövedelemérdekeltek, annak piaci megnyilvánulásával, és sokszor ismeretterjesztő megjelenítéseik vannak. Előnyük, hogy az olvasó az idézett szerző összefoglalása mellett egy hazai szakember véleményét is olvashatja. Az összefoglaló közlemények természetesen nem tárgyalhatják az adott témát minden részletében terjedelmi megkötöttségük miatt. Ezért részleteket illetően irodalmi utalásokat adnak, javasolják a szerzőknek, hogy azokat is nézzék meg. Nyilvánvaló, hogy ez időigényes és nehézkes. Ez adta az ötletét egy teljesen újfajta továbbképző folyóirat megszületésének. Ennek lényege, hogy terjedelmi korlátok nélküli fejezetekből áll, és egy-egy fejezet csak egy témával foglalkozik, de azt az alapoktól a legutóbbi eredményekig tárgyalja. A fejezeteket többen, a szakma rangos képviselői írják, és nagyon sok az ismétlés. Az ismétlés nem csak a tanulás alapja, de különböző szerzők véleményeinek, álláspontjainak megismerését is jelenti. A fejezetek szerkesztői a bevezetőben rávilágítanak a lényeges kérdésekre és

az ellentmondásokra, az összefoglalókban pedig gyakorlati útmutatást próbálnak adni. Ilyen folyóirat a „CME Journal of Gynecologic Oncology”.

A KÉZIRATOK ELBÍRÁLÁSA *Jim G. Thornton*, aki a „European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology” (EJOGRB) főszerkesztője fejt ki véleményét, és foglalja össze a jelenlegi próbálkozásokat a kéziratok elbírálásával kapcsolatban (123–124 oldal). Külön kiemeljük legelső két mondatát, melyek az egész kérdést meghatározzák: „Ha a tartalmuktól eltekintünk, a tudományos folyóiratokat elsősorban a kéziratok ellenőrzése, bírálata különbözteti meg az összes többi kiadványtól. A közlemények csak akkor kerülhetnek nyomtatásba, ha az adott terület független szakértői erre megfelelő minőségűnek ítélik azokat”. Ezt a rendszert nevezik „peer-review system-nek”. Az új utak keresése ellenére a folyóiratokba küldött kéziratok elbírálása ma is így történik. Általában két független, szakértő bíráló kapja meg a kéziratot, akik értékelés után, meghatározott nyomtatványok felhasználásával küldik vissza a szerkesztőségnek.

Vannak azonban más rendszerek is, és talán nem érdektelen az olvasó számára, ha egy példán keresztül bemutatjuk, hogy ez egy nagyon rangos folyóiratnál milyen szigorúan működik. *Roy M. Pitkin* (1) szerkesztőségi közleményben ismerteti az „Obstetrics and Gynecology” szerkesztőségének módszerét. A kéziratokat a főszerkesztőnek küldik, aki mindegyiket továbbítja a Szerkesztő Bizottság valamelyik tagjának és két, ritkábban csak egy, nagyon elvétve 3 szakbírálónak is. A szakbírálók véleményalkotása az általános szabályok szerint történik. A Szerkesztő Bizottsági tagokból kiválasztott bíráló nem törvénytörően szakértője az adott kéziratban tárgyalt kérdésnek. Ennek ellenére azért bírálja valamelyik Szerkesztő Bizottsági tag is, mert 1. ily módon olyan bíráló is értékeli, aki tisztában van a folyóirat célkitűzéseivel, szerkesztési elveivel és olvasótáborával, 2. aki részt vesz az évente megrendezett Szerkesztő Bizottsági üléseken, és naprakészen ismeri a gondokat, a beküldött kéziratok számát, az elfogadási arányt és, hogy milyen témájú közleményekből van túl sok vagy hiány, 3. aki átnéz évente több, mint 100 kéziratot, és ezért hihetetlen gyakorlati rendelkezik. A bírálók értéklik a kéziratot egy nyomtatott rendszer szerint, és javaslatot tesznek a kézirat elfogadásáról, pl. 1. elfogadható változatlan formában, 2. elfogadható kicsiny javítások vagy részletes átdolgozás után, és 3. nem javasolt elfogadásra. A bírálók javításokat is végeznek, és megírják javaslatukat a szerzőknek a szükséges változtatások, rövidítések, javítások vonatkozásában. Ezt a szerzők a bírálók nevének ismerete nélkül kapják meg. Ha a bíráló alapos munkát végez, a bírálatból a szerzők nagyon sokat tanulhatnak. A főszerkesztőhöz visszaérkezett kéziratokat a főszerkesztő vagy helyettese a bírálatok ismeretében áttanulmányozza (negyedik ellenőr), és ez után dönt az elfogadásról. Az „Obstetrics and Gynecology”-hoz küldött kéziratok egy jelentős része a beküldött formában nem fogadható el, de van lehetőség arra, hogy a szerzők átdolgozzák, és talán elfogadásra kerüljön. Ezeket visszaküldik a

szerzőknek, és azok eldöntik, hogy elvégzik-e a kért változtatásokat. Az átdolgozott kéziratokat a főszerkesztő átnézi, és eldönti, hogy megtörténtek-e a kért módosítások, és, hogy jelen formájukban elfogadhatók-e. Nagyon ritkán a szakbírálónak is elküldi második véleményezésre. A kéziratok többségét elutasítják, az elfogadási arány 15-20%.

Semelyik bíráló módszer sem tökéletes, és mindig előfordul, hogy a bírálók jó dolgot elutasítanak, illetve rosszabbat elfogadnak. Ezek jóhiszemű tévedések. Ennek ellenére, a rendszer jól működik, és a legtöbb elfogadott dolgozat jobb, amikor közlésre kerül, mint amilyen beküldéskor volt.

Az elmondottakból is látható, hogy a kéziratok elbírálása rendkívüli munka és időigényes tevékenység, amely megfelelő szakértelmet is megkövetel. A mindent átolvasó főszerkesztő teljes munkaidőt tölthet ezzel. Ezért vannak olyan folyóiratok, melyek területi szerkesztőket alkalmaznak „receiving editors”. Ilyen például a „European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology”. A kéziratok többségét a területi szerkesztők kapják, és ők végzik az elbírálási folyamatot szakbírálók bevonásával. A területi szerkesztő dönt a közlemény elfogadásáról, ezt a főszerkesztő csak kivételesen bírálja felül. A munka tehát megoszlik. Ennek hátránya, hogy a főszerkesztő nem lát minden kéziratot, és ezért kénytelen a területi szerkesztőkre hagyatkozni.

A bírálók a rendszer névtelen katonái. Legfőképpen ők segítenek a szerzőknek, és mégis névtelenül maradnak. Munkájukért nem kapnak fizetséget, csak erkölcsi megbecsülést. Helyzetük nem könnyű, mert a határidő szorításában vannak. Ma már elvárható, hogy egy bíráló 2 héten belül elbírálja a kéziratot. Mindnyájan tudjuk, hogy az elvégzendő feladatok sokszor azt sem engedik meg, hogy két hét alatt egy új feladatnak kezdjünk. A határidő pedig fontos, mert különben egy dolgozat átfutási ideje, azaz a szerkesztőséghez küldéstől a megjelenésig eltelt idő, adott esetben több év is lehet. A cél az, hogy egy dolgozat 6 hónap alatt jelenjen meg. Az elektronika itt is nagyon sokat segíthet, pl. a kéziratok villanypostán történő küldése stb. Régióta vitatott a bírálók „névtelenségének” kérdése, és vannak más elképzelések is. Ma azonban ez az általános.

Nem lehet elége hangsúlyozni a kéziratok megfelelő elbírálásának jelentőségét, mert ettől válik egy közlemény hitelessé. A hangsúly a megfelelően van. Tessék-lássék elbírálás, látszat eleget tevés a kívánalmak egy folyóirat eladhatósága, „szalonképessé tétele” miatt többet árt, mint használ. Sajnos, ennek ellenére nem tartozik a kivételek közé. A legnagyobb veszélyt a világháló jelenti, melyen ellenőrizetlenül, tömegestül jelennek meg a „tudományos” közlemények, beláthatatlan károkat okozva. Ezért is nagyon fontosak a megfelelő tájékoztatási rendszerek.

TÁJÉKOZTATÁS ÉS A TÁJÉKOZTATÁSI RENDSZEREK Az emberi tudás, ismeretanyag nyilvántartása, osztályozása régióta foglal-

koztatja az érdeklődő emberiséget. Ennek érdekében megalakult a Nemzetközi Dokumentációs Szövetség (Federation Internationale de Documentation, FID), amely a jogelődje által kifejlesztett Egyetemes Tizedes Osztályozás (ETO) ápolója, fejlesztője. Az ETO első, francia nyelvű kiadására 1905-ben került sor, hazánkban 1912 után fokozatosan terjedt el. Az Egyetemes Tizedes Osztályozás az emberi tudás, ismeretek és tevékenység egészét kivétel nélkül felölelő osztályozási rendszer. Az egyetemesség biztosítja, hogy egyik tudomány sem kerülhet kiemelt helyzetbe, a tizedesség pedig a számokkal, tizedesekkel történő osztályozást jelenti, ami lehetővé teszi, hogy nyelvtől, írásmódtól és mindentől függetlenül érthető legyen. A rendszer részletes ismerete csak szakember számára jelentős, léfélézéséről azonban azért is fontos tudni, mert az orvostudomány osztályozása, felmérése és értékelése is végső soron ennek keretében és alapján valósul meg. Magyarországon az ETO rendszert a Magyar Szabványügyi Hivatal gondozza.

Az orvosi, egészségügyi kiadványok számbavétele, elemzése és az ezzel kapcsolatos tájékoztatás is a fenti rendszer keretében fogalmazódott meg. A nemzetközi nyilvántartó és elemző rendszerek már nagyon régóta léteznek, a leggyakrabban használtak angol nyelven. Az Index Medicus a legátfogóbb nem számítógépes tájékoztató rendszer, mely ma is teljes terjedelmében, és állandó bővítéssel kerül kiadásra. A világháló forradalma azonban itt is átvette a vezető szerepet, és az Index Medicus elektronikus változata a MEDLINE lett a legjelentősebb és leggyakrabban használt adattár. Majd gomba módjára nőttek, és újabb és újabb rendszerek készültek, melyekről összefoglalóan *Vasas Livia és Hercsel Imréné* „Tájékozódás a nőgyógyászati onkológia elektronikus forrásai között” című nagyszerű összefoglalójában olvashatunk. Az áttekintés első percben elrettentheti a jámbor olvasót. Kétségtelen, hogy az ismeretanyag rendszerek áttekinthetetlennek tűnnek vagy talán azok is. A „nyomatott világhoz” a nyomatott orvosi könyvekhez, folyóiratokhoz hozzászokott orvostársadalom nagyon jól megvolt egy-egy kiemelkedő folyóirat elolvasásával, összefoglaló könyvek tanulmányozásával, és csak a kutatók töltötték hosszú időt egy-egy téma irodalmi adatainak átfogóbb összegyűjtésével. Szokványos, hogy a 40-60 éves korosztály, ha meg is próbál a világhálón tallózni, előbb-utóbb rácsapja a számítógép tetejét „ez engem már nem érdekel” címszóval. Emészthetetlennek tűnik az adathalmaz rengeteg átfedésével és kapcsolódásaival, amelyekben nagyon könnyű elveszni. A világhálónak nincs Ariadné fonala, csak rákapcsolások előre, vissza és mindenfelé. Ennek ellenére ezek az ismeretek tovább már nem nélkülözhetők. Soha ne próbáljunk egyszerre mindent megnézni. Egy-egy szolgáltatás részletesebb tanulmányozása és megértése után kezdjünk bele egy másikba. Így csakhamar nyerhetünk egy irányvonalat, és kiválaszthatjuk, hogy mire van szükségünk. A szolgáltatások a felgyorsult világ képződményei, melyek a hónapos könyvtári búvárokódásokat órákra zsugorítják, és sokkal részletesebbek. Hihetetlen előnyöket rejtenek magukban, csak tudni kell használni azokat. Senki ne

csüggedjen, a befektetett energia és idő megtérül, és a világháló rendszereinek használata a nem-kutató orvos számára is nélkülözhetetlenné válik. Ha belegondolunk, hogy-egy kereső szóra tízezres nagyságrendben kapunk hivatkozásokat, az anyag feldolgozhatatlanná válik. Ilyen mennyiségű adatra a gyakorló orvosnak nincs szüksége, és nem is ez a cél. Finomításokkal fokozatosan szűkíthetjük a számunkra szükséges hivatkozások számát, míg el nem érjük azt, amit már fel tudunk dolgozni. Természetesen ez veszteséggel is jár, már csak azért is, mert a keresők (kulcsszavak) nem mindig megfelelőek, és ezért nagyon fontos közlemények is kimaradhatnak. Az egyensúly a gyakorló orvos és a világháló között még nem alakult ki, hazánkban az első lépéseknél tartunk. Biztos vagyok azonban, hogy a fiatal orvostársadalom ezt a kérdést is megoldja.

A nemzetközi folyóiratok és a tájékoztatási rendszerek kapcsolata nagyon szorossá vált. Ez különösen a MEDLINE rendszerre vonatkozik, melyet a legtöbben használnak, és, amely az irodalomkutatás alapvető forrása. Az irodalmi adatokat összegyűjtők, elemzők figyelmét elkerülik azok a folyóiratok, amelyeket a MEDLINE nem elemez, nem tart nyilván. Ez nem csak azzal a hátránnyal jár, hogy a folyóirat kevésbé ismert marad, és az előfizetők száma is kevesebb, hanem az idézettség is lényegesen alacsonyabb. Az idézettség pedig az impakt faktor meghatározója, amely viszont a folyóirat mérője. Rangsabb szerzők kevésbé írnak kis impakt faktorú újságokban, és fajsúlyos közleményeket is ritkábban vagy egyáltalán nem közölnek ilyen lapokban. Ez rögtön felveti azt a kérdést, hogy a MEDLINE miért nem idéz bizonyos folyóiratokat. Azért, mert azok színvonala alacsony, vagy, mert a bíráló bizottság nem találja alkalmasnak, mondván, hogy nem teljesen felel meg a beválasztás feltételeinek. Ilyen formán olyan folyóiratok is kieshetnek a rostán, amelyek meglehetősen magas színvonalúak.

A MEDLINE az Amerikai Nemzeti Orvosi Könyvtár (National Library of Medicine, NML) tulajdona, és része a Könyvtár mindent átfogó „MEDLARS” rendszerének. A Nemzeti Könyvtár a feldolgozott folyóiratok adatait mindenki számára térítésmentesen rendelkezésre bocsátja. Ez azonban csak egy nyers adattár, ebből rendszereket, mint amilyen például a MEDLINE, számítógépes programok segítségével szolgáltató cégek készítenek. A folyóiratok beválasztását a MEDLINE-ba az Amerikai Nemzeti Egészségügyi Intézet (National Institute of Health, NIH) által felállított bizottság (Literature Selection Technical Review Committee, LSTRC) javaslata alapján a Könyvtár igazgatója dönti el. Az elbírálást tehát egy amerikai-akból álló bizottság végzi. A kérdés önkéntelenül felmerül, hogy nem jelent-e ez hátrányt, pl. az európai lapok számára. A bíráló bizottság (LSTRC) évente 3 alkalommal ülésezik, és alkalomként 120-150 folyóiratot bírál el. Ezek többsége nem új folyóirat, hanem olyan, amelyet az Index Medicus/MEDLINE már ismertet. A folyóiratok tehát újra és újra elbírálás alá kerülnek. Az új folyóiratoknak hozzávetőlegesen 15%-a kerül elfogadásra, elsősorban azok, melyek eredeti közleményeket, az adott szakma szempontjából fontos új adatokat tartalmaznak.

Egy el nem fogadott folyóirat 3 év múlva ajánlható ismét a bizottság figyelmébe. A MEDLINE hozzávetőlegesen 4300-4500 folyóirat könyvészeti adatait – több, mint 10 millió adat – és összefoglalóit tartalmazza, és rendezi az igényeknek megfelelően. Ezek messze nagy többsége angol nyelvű. A nem angol nyelvű orvosi folyóiratok közül csak azok kerülhetnek be, melyek megfelelő angolul írt összefoglalókat is tartalmaznak. Számítások szerint 14000 egészségügyi folyóirat létezik.

Mint, *Vasas és Hercsel* jelen kötetben írt közleményéből egyértelműen kiderül, vannak más folyóirat-ismertető rendszerek is, melyek jelentős része európai. Legtöbbjük „önálló” kezdeményezés, pl. kiadók szolgáltatása (EMBASE, Blackwell Science), annak minden megkötöttségével. Ezek ismertetése meghaladja összefoglalónk kereteit, egy-egy kiemelkedőt egy későbbi számban azonban bemutatunk. A tájékoztató és szolgáltató rendszerek száma hatványozottan nő, és kezd teljesen áttekinthetetlenné válni. A helyzet megoldására a rendszerek összekapcsolásával próbálkoztak. Van olyan rendszer pl. mely több mint 250 adattárat kapcsol össze hihetetlenül korszerű kapcsolási rendszerrel. Sok millió közleményt, adatot stb. fog össze, elemez, és kínál a kutatóknak és minden érdeklődőnek. Szolgáltatáson, tájékoztatáson kívül kereskedelemmel és még sok mással is foglalkozik. Ez a rendszer uralja a világot. Azok a folyóiratok, melyek nem kerülnek bele, gyakorlatilag nem kerülnek a világ figyelmébe. Jelentőségét tovább növeli, hogy nem csak könyvtárak, kórházak részére elérhető, hanem bárki saját hazai számítógépével kapcsolódhat hozzá. A rendszer tehát egy tényleges világháló. Mindenfajta számítógépes módszerrel összekapcsolható, és a szolgáltatások tára szinte végtelen. Elérhető a világhálóhoz kapcsolódva (on-line szolgáltatás), de megrendelhető lemezen is. Állandóan és folyamatosan felújítják, naprakészé teszik.

Külön kell még említeni az „ISI Database”-t, az Institute of Scientific Information (ISI) rendkívül nagy adattárát. Ez a rendszer elemzi és értékeli a folyóiratokat, évente 8 ezret. A folyóiratok mellett könyveket, sőt angol nyelvű összefoglalókat és szerzőket is vizsgál. Az értékelés a tudománymérés módszereivel történik. Ez a rendszer határozza meg a folyóiratok, közlemények idézettségét és impakt faktorát is sok más mutató mellett. A szerzőkre vonatkozó idézettség is ebből a rendszerből nyerhető, de itt található többek között a kiadók címjegyzéke is. Az elemzésre kerülő folyóiratokat a Philadelphiában lévő intézet kijelölt bíráló bizottsága válogatja. Itt is szigorú feltételeknek kell megfelelni. A bíráló bizottság működése egyébként teljesen olyan, mint a MEDLINE esetében, és az elfogadott folyóiratok aránya sem haladja meg a 15%-ot. A szigorú válogatás gondolata még az 1950-es évekből ered, amikor *S.C. Bradford* felfigyelt arra, hogy minden szakmára vonatkozóan az irodalom érdemi része néhány folyóiraatra korlátozódik (Bradford szabály). Egy felmérés azt mutatta, hogy az idézett közlemények fele nem több, mint 150 folyóiratból származik, és hivatkozások 95%-a 2000 újság közleményeiből adódik, és csak 5% esik a másik 6000 folyóiraatra. A folyóiratok elbírálá-

sának legfontosabb szempontjai: a megjelenési idő betartása, a szerkesztőség mennyire alkalmazza a nemzetközileg elfogadott megállapodásokat, pl. használják-e az International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) által összeállított szerkesztési szabályt, az ún. „Uniform Requirements for Manuscripts (URM) Submitted to Biomedical Journals”-t, és ezt feltüntetik-e a szerkesztési utasításban, az angol nyelvű összefoglalók és címek elengedhetetlenek, földrajzi elhelyezkedés és a közlemények két független bíráló által történő átnévése. Az Institute of Scientific Information adattára a Current Contents, melynek nyomtatott változatai hazánkban is régóta használatosak.

Hazánk kullog a nemzetközi tájékoztatási rendszerek után. Ennek számos oka van, a legelső a nyelv. A tájékozott társadalom azonban a hazai orvosi-egészségügyi irodalomban is elengedhetetlenül fontos. Ebben a vonatkozásban nagyon tanulságos és elgondolkasztó *Szekeres Zsuzsanna* Magyar Orvosi Bibliográfiáról írt közleménye. Az olvasó talán első percben száraznak és egy kicsit részletekbe menőnek tarthatja, mondván, hogy mi közöm nekem ehhez. Nagyon is sok, mert sok a teendő, és ebben mindenkinek részt kell venni. Dicséretes a küzdelem, melyet az Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár folytat, a feladatokat egymagában azonban nem tudja megoldani. A magyar orvosi- és egészségtudományról tájékoztató egyetlen könyvészeti lap, a Magyar Orvosi Bibliográfia enyhén szólva is hézagos, és csak részleteiben tájékoztat a hazai orvosi irodalomról. Áldatlan helyzet, hogy az intézet dolgozói maguk szaladgálnak és vásárolgatják az orvosi, egészségügyi kiadványokat, házilagos módszerekkel próbálnak egy országos, sőt országhatárt túllépő tevékenységet felmérni. Itt is a számítógépes feldolgozás és szolgáltatás jelenti az előrelépést, de sok más is szükséges, pl. minden könyvkiadónak, főszerkesztőnek, szerkesztőségnek elemi kötelessége lenne, hogy minden kiadvány egy példányát azonnal és térítésmentesen elküldje az Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtárba feldolgozás céljából. Ez mindnyájunk, beleértve a főszerkesztőket, szerkesztőségeket és kiadókat is, és az egész magyar közösség érdeke határoktól függetlenül. Kell, hogy legyen annyi önbecsülésünk, hogy számba vesszük, és értékeljük, amit csinálunk, és erről másokat is tájékoztatunk. Ezt helyettünk úgy sem csinálja meg más, már csak a nyelvi sorompók miatt sem. A teendő sokrétű egyetlen meghatározott céllal: meg kell teremteni az egészségügyi-orvostudományi szakterület rendezett, egységesített, számítógépes fogalomtárát, és azt mindenki számára hozzáférhetővé kell tenni. Ezzel kapcsolatban utalok *Szekeres Zsuzsanna*, az Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár igazgatójának levelére:

Tisztelt Professzor úr! Személyes beszélgetésünkre való hivatkozással tájékoztatom, hogy az Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár (MEDINFO) elnyerte a Miniszterelnöki Hivatal Informatikai Kormánybiztossága által 2001. őszén kiírt „A magyar nyelvi informatikai technológiák fej-

lesztésének és alkalmazásának támogatása” című pályázat megvalósítását, amelyet az egészségügyi-orvostudományi szakterület szakirodalmának feltárását szolgáló – széleskörű szakmai megegyezésen alapuló – rendszerezett, egységesített fogalomtár megalkotása érdekében pályázott meg. A pályázati kiírás elsődleges követelménye, hogy a szakmai vita az intézet honlapján folyamatosan bemutatásra kerüljön. A pályázatban vállaltak elkészítése 2001 őszétől 2002 decemberéig négy ütemből, összesen nyolc szakaszból áll, amelyek a következők:

1. Az első szakaszban elkészült a nyolc rész tanulmányból álló tanulmánykötet, amely a hazai szakirodalom feltárásának jelenlegi helyzetéről, a hazai és külföldi tapasztalatokról, a tapasztalatok elemzéséről, a tennivalókat illető következtetésekről szól, 2002. február 21-től (www.medinfo.hu/forum/forum.html címen) a honlapunkon megtekinthető.

2. 2002 márciusától az e célra tervezett levelező szoftver alkalmazásával vitafórumot hozunk létre az intézet honlapján elkülönítve a medinfo.my.hu címen az elemző tanulmányban felvetett kérdések széles szakmai vitára bocsátása érdekében.

3–4. Az elkülönített honlapot 2002. december végéig működtetjük, a szakmai véleményeket folyamatosan gyűjtjük, elemezzük, majd újabb, eldöntendő kérdéseket fogalmazzuk meg.

5. A beérkezett javaslatok alapján egy orvostudományi és egy egészségügyi témakör teljes fogalomrendszerét dolgozzuk ki.

6. A kiválasztott két témakör Magyar Orvosi Bibliográfiában fellelhető 1998–2001. közötti időszaki gyarapodását tárgyszavazzuk a javasolt tartalmi feltárási fogalmakkal.

7. A kiválasztott témakörök tárgyszavakkal ellátott anyagát és a tartalmi feltáráshoz használt információkereső nyelvet ismét bemutatjuk a honlapon.

8. A szakmai és a felhasználói vélemények ismételt ütköztetése és elemzése után a modell kísérlet tapasztalatait feldolgozzuk, a jövőre vonatkozó tennivalókat megfogalmazzuk.

A teendővel kapcsolatban kérdések merültek fel, amelyeket az alábbiakban felsorolunk:

1. Szükség van-e egy egységes szerkezetű magyar orvosi keresőnyelvre?

2. Hogyan lehetne az újonnan kialakult szakterületek (minőségbiztosítás, nővérképzés, labordiagnosztika stb.) szakkifejezéseit kidolgozni és beépíteni a rendszerbe?

3. Milyen mértékben segítheti a keresés hatékonyságát a magyar nyelvű fogalomtárban is alkalmazásra javasolt rangsor szerinti szerkezet (főtárgyszó, altárgyszó, jelentésmódosítók)?

4. Indokolt-e egy olyan keresőprogram kifejlesztése és alkalmazása, amely a természetes nyelven beírt kereső-kifejezéseket összekapcsolja, a kereséshez használt szabványos kifejezésekkel?

5. Fontosnak tartaná-e, hogy a magyar orvosi fogalomtár is része legyen a „MEDLINE” keresőnyelvének?

6. Van-e igény egy olyan magyar nyelvű összetett orvosi keresőszolgáltatásra, amely egyetlen keresőkérdésre többféle tájékoztatási formát (bibliográfiai adattár, világháló címek, kép

megjelenítések, hírjellegű adatok, tudományos rendezvények stb.) foglal magában?

Kérjük olvasóinkat, hogy válaszoljanak a kérdésekre, tegyenek javaslatokat, és azokat szerkesztőségünknek küldjék el. Csak összefogva valósíthatjuk meg terveinket.

IRODALOM

1. Pitkin RM. The peer-review system. *Obstet Gynecol* 1993; 82:304-305.

A tudománymetria a hazai gyakorlatban

PALKOVITS MIKLÓS DR.

Neuromorfológiai Laboratórium, Semmelweis Egyetem Anatómiai Intézet, Budapest

ÖSSZEFOGLALÁS A szerző röviden ismerteti a tudománymetriában használt mutatókat (Impakt Faktor, Idézettségi Mutató, Hazai Szakirodalmi Mutató). Tárgyalja ezen mutatók alkalmazását és jelentőségét a különböző típusú tudományos közlemények (tudományos cikkek, könyvek, összefoglalók, szerkesztői levelek) értékelésében. A szerző foglalkozik a tudományos közlés egyes etikai kérdéseivel is.

Kulcsszavak tudománymetria, tudományos közlemények, Impakt Faktor, Idézettségi Mutatók, Hazai Szakirodalmi Mutató

BEVEZETÉS A tudománymetria (szcientometria), a tudományos közlési tevékenység felmérése több mint egy évszázados múltra tekint vissza. A tudományos közlemények számának folyamatos és nagyfokú növekedése, valamint számítógépes nyomon követése és statisztikai feldolgozása az elmúlt évtized során a tudománymetriát önálló tudományággá fejlesztette. Csúpn az orvosi-biológiai tárgyú folyóiratok közül több mint 3000 érhető el az Index Medicus-ban, és a Journal Citation Index több mint 4700 folyóirat adatait dolgozza fel. Számítógépen (PubMed, MEDLINE, EMBASE) ma pillanatok alatt elérhetjük a tudományos folyóiratokban megjelent legújabb közlemények adatait, azok összefoglalóit, sőt akár a teljes közleményt is megkaphatjuk. Jelentős, hogy különböző szempontok szerint csoportosítva (szerzők neve, intézmények, címszavak, kutatási témák), naprakészen kaphatjuk meg a legfrissebb tudománymetriai adatokat. Megjegyzendő, hogy a tudománymetria önálló folyóirattal is rendelkezik, ez a Scientometrics.

A tudománymetria, melynek tárgya jellegénél fogva objektív, adataival újra és újra szubjektív vitákat kavart. A vitát csaknem minden esetben az váltja ki, hogy általában összetévesztik a tudománymetria adatszolgáltatását a felmért adatok értékelésével.

Levelezési cím:

Prof. Dr. Palkovits Miklós
Neuromorfológiai Laboratórium
Semmelweis Egyetem Anatómiai Intézet
1094 Budapest, Tűzoltó u. 58
Távbeszélő (36 1) 216 0488 Távmasoló (36 1) 218 1612
Villanyposta: palkovits@ana.sote.hu

vel vagy azok felhasználásával. Világosan kell látni, hogy a tudománymetriának semmi köze sincs ahhoz, hogy az általa feldolgozott és közölt adatokat ki, hogyan, milyen célra és milyen szempontok szerint értékeli, vagy azokat mire és hogyan használják fel. Gyakori, hogy a tudománymetria adataival manipulálnak, vagy ami még gyakoribb, önkényesen ragadnak ki adatokat különböző állítások vagy ténykedések igazolására vagy éppen tagadására. E rövid cikkben nem foglalkozom a tudománymetria értékelésével, az ezzel kapcsolatos kérdésekkel és problémákkal számos hazai és külföldi közlemény foglalkozik, amelyeket a közelmúltban megjelent két magyar nyelvű tanulmány kiválóan összegez (1-2).

A tudománymetria központja a Philadelphiában működő Institute for Scientific Information (ISI), amelynek adatbázisában több mint 8000 nemzetközi tudományos folyóirat és évente közel ugyanennyi könyv és kongresszusi kiadvány adatait dolgozzák fel (3). Az intézmény adatbázisai: Science Citation Index (SCI), Social Science Citation Index (SSCI), Biosciences Citation Index, Chemical Sciences Citation Index, Clinical Medicine Citation Index, Neuroscience Citation Index.

A legismertebb nemzetközi orvosi-biológiai tudománymetria gyűjtemény a MEDLINE, az Index Medicus elektronikus változata, amelyet a National Library of Medicine-ben (Bethesda, USA) szerkesztenek. (Hasonló orvosi-irodalomjegyzéki gyűjtemény még az Excerpta Medica/EMBASE.) Bár az Index Medicus/MEDLINE nem foglalkozik impakt faktoral, bejutni az általa ismertetett 3419 (1999. decemberi adat) folyóirat közé ismertséget jelent, és rangot ad egy tudományos folyóiratnak. Az Index Medicus/MEDLINE révén a folyóiratban megjelent tudományos eredmények bekerülnek a nemzetközi tudományos vérkeringésbe, a közlemények adatai, összefoglalói, valamint a megjelent cikkek idézettsége számítógépen naprakészen elérhetővé válik. A magyar nyelven megjelent közleményeket – tekintettel arra, hogy ezeket az Index Medicus/MEDLINE nem követi – a Magyar Orvosi Bibliográfia tartalmazza.

A TUDOMÁNYMETRIÁBAN HASZNÁLT LEGFONTOSABB MUTATÓK
IDÉZETTSÉGI MUTATÓ (SCIENCE CITATION INDEX – SCI) Az első idézettségi (citációs) mutató már 1873-ban megjelent (Shephard's Citation), de rendszeressé csak 1964-ben vált, kilenc évvel Eugene Garfield, az ISI első igazgatója javaslatát köve-

tően (4). A Science Citation Index 4700 nemzetközi folyóiratban megjelenő cikk idézettségét dolgozza fel naprakészen. Az idézettségi mutató korábban egy évente kiadott (kéthavonkénti bontásban megjelenő) lista volt, amely tartalmazta, hogy egy szerző munkáját az adott évben kik és hol (melyik folyóiratban) idézték (2000 óta ezeket az adatokat számítógépen közlik). A mutató az idéző szerzők betűrendi sorrendjében közli az idézéseket. Hazánkban a Science Citation Index az orvostudományi egyetemek, illetve akadémiai intézetek számítógépes hálózatán elérhető.

Az idézettségi mutató nemcsak a kutatók egyéni érdeklődését elégíti ki, hanem egyes intézmények, földrajzi területek és országok tudományos tevékenységének értékelésére, összehasonlítására is felhasználják (4-6). Az idézettségek különböző szempontból történő értékelése, különböző sorrendek felállítására azonban mindig élénk vitát vált ki – hasonlóan minden más statisztikai értékeléshez. Nem vitás, hogy idézettség szempontjából a különböző típusú közlemények más-más értékrendet képviselnek. Egyes módszertani leírások vagy összefoglaló közlemények idézettsége nagyon magas is lehet, ami a kutató összesített idézettségi mutatóját (cumulative citation index) nagyban befolyásolhatja. Jogos annak a példának a gyakori felemlítése, amely szerint *Lowry és munkatársainak* (7) a fehérje-meghatározást ismertető módszertani cikkének óriási idézettsége (közel százezer idézés) messze túlhaladta Einstein összes munkáinak idézettségét. Ez viszont nem az idézettségi mutató torzítása, csupán azt mutatja, hogy a belőlük levonható következtetésekkel óvatosan kell bánni. (Megjegyzendő, hogy egyes nagy felfedezések egy idő után annyira átmennek a köztudatba, hogy szerzőjük nevének idézésétől általában eltekintenek. Bár ez a tény a felfedező legnagyobb dicsőrete, irodalmi munkásságának idézettségi mutatójában ez nem mutatkozik.) A részletes tudománymetriai feldolgozás azonban mindezeket a tényezőket figyelembe veszi, és további szempontok, valamint kiegészítő részadatok megfelelő értékelésével az idézettségi mutató ma egyike a legfontosabb tudománymetriai mutatóknak. A kutató idézettségének értékeléséhez az összes cikkei idézettségén kívül az alábbi részadatok szükségesek: 1. önidézések („függő” idézések) száma (valamennyi olyan cikk, amelynek szerzői között a kutató is szerepel), 2. a legtöbbet idézett közleményének idézettsége, 3. nem-idezett cikkeinek az összes idézhető cikkéhez viszonyított százaléka, 4. cikkeinek idézettsége az elmúlt egy, öt, illetve tíz évben, 5. az elmúlt öt vagy tíz év cikkeinek teljes és évekre lebontott idézettsége.

FOLYÓIRATOK IDÉZETTSÉGE (JOURNAL CITATION REPORTS) A tudományos folyóiratok tudománymetriai jellemzésére az alábbi adatokat használják: 1. milyen gyakran idézik az adott folyóiratot, 2. éves átlagban hány közlemény jelenik meg a folyóiratban, 3. milyen gyakran idézik a folyóiratban megjelent egyes cikkeket („citation impact factor”), 4. milyen gyakran idézik az egyes cikkeket már a megjelenés évében („immediacy index”). Ez utóbbi mutató egyben annak is

mutatója, hogy egy tudományos közlésre milyen gyorsan válaszolnak más tudósok. A fentiek – a második pont kivételével – a folyóirat elterjedtségét és olvasottságát is mutatják. A folyóiratok szakmai értékének egy további mutatója a „citation half-lives” (idézettségi féldíő), ami azt mutatja, hogy hány év alatt éri el az adott folyóiratban közölt cikk az idézettségének a felét. Minél magasabb ez az érték, annál értékesebb a közlemény, mert jelzi, hogy a cikkben közölt eredményeket sokáig jegyzik a tudományos életben. A folyóirat rangját emeli, ha sok ilyen közleménynek adott helyet.

A folyóiratok rangsorolása jelenleg a folyóiratok impakt faktor alapján történik (4), ami az impakt faktor paraméterei miatt (ld. alább) a referáló és a több tudományágat átfogó (multidiszciplináris) folyóiratoknak kedvez. Újabban javaslatokat dolgoztak ki arra, hogy ellensúlyozzák a nagyszámú közleményt tartalmazó folyóiratoknak a jellegükből adódó hátrányát (8).

A Journal Citation Reports az ISI szerkesztésében naprakészen elérhető az alábbi világháló-címen: <http://www.isinet.com/products/citation/jcr.html>.

IMPAKT FAKTOR A folyóiratok impakt faktorát évente határozzák meg és közlik a Journal Citation Reports-ban megtalálható folyóirat szerinti (Key Figures from the Journal Rankings) vagy téma szerinti (Subject Category Listing) felbontásban. Egy folyóiratnak az impakt faktora a számítás előtti 2 év során a benne megjelent összes cikk idézettségének és a cikkek számának a hányadosa. Nyilvánvaló, hogy a nagyszámú cikket megjelentető folyóiratok hátrányban vannak, bár ez nem általános szabály, hiszen az igen magas impakt faktorú lapok között szép számban találhatók sok cikket megjelentető folyóiratok is, mint a New England Journal of Medicine, a PNAS, a Science vagy a Nature. A nagy nemzetközi referáló folyóiratok impakt faktora, a bennük megjelent cikkek jellege és alacsony száma miatt még ezekét a folyóiratokét is bőven meghaladja. Mindezek ellenére a folyóiratok impakt faktora ma az egyik legfőbb szempont a folyóiratok rangsorolásában, valamint a folyóirat kiválasztásában, amikor kéziratunkat közölni szeretnénk. A választás nem könnyű, mert a magas impakt faktorú folyóiratoknál nagyon nehéz egy kézirat megjelentetése (néhány folyóirat a beküldött cikkek 10%-át sem fogadja el közlésre), ugyanakkor az alacsony, 0,1-0,5 közötti impakt faktorú folyóiratban való közlés előre vetítheti annak lehetőségét, hogy közzétett eredményeink visszhang nélkül maradnak.

HAZAI SZAKIRODALMI MUTATÓ (HSZM) A hazai idegen vagy magyar nyelvű folyóiratok közül alig van olyan, amely az ISI listáján szerepel és impakt faktoral rendelkezik. Ettől függetlenül a hazai folyóiratokban megjelent közleményeknek igenis van tudományos értékük. Ennek elismerését és nyilvántartását jelenti a Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Osztályának állásfoglalása (9) – *Buda és Rák* (10) javaslata alapján – a hazai orvosi szakirodalmi tevékenységet értékelő „hazai szakirodalmi mutató” (HSZM) bevezetéséről a hazai tudománymetriai

felméréseknél. A HSZM nem impakt faktor, hanem a hazai szakirodalmi teljesítmény számszerű jelzője. Elősegíti és ösztönzi a hazai szakirodalmi tevékenységet, növeli a hazai szaklapok elismertségét. Az állásfoglalás két csoportba sorolja a hazai folyóiratokat: 1. kiemelt, több tudományágat átfogó hazai folyóiratok (mint például az Orvosi Hetilap vagy az Orvosképzés), az orvosi társaságok hivatalos folyóiratai, valamint a Magyar Tudományos Akadémia által kiadott Acták, 2. egyéb hazai tudományos folyóiratok, amelyek nem hivatalos lapjai egyik orvosi társaságnak sem. Az első csoportban megjelent cikkek HMSZ értéke a kétszerese a második csoportban megjelentekének.

AZ EGYES KÖZLÉSI FORMÁK ÉRTÉKELÉSE

PUBLIKÁCIÓS ADATLAP A Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Osztálya a tudományos közlési tevékenység egységes értékelése céljából egy „publikációs adatlap” bevezetését ajánlotta (9, 11). (Ennek az adatlapnak egy változata már évek óta alkalmazást nyert a Semmelweis Egyetemen is.) Az adatlapot információs tartalmánál fogva bármely szakmai pályázatnál (tudományos támogatási pályázat, Ph.D. cím megszerzése, vezető állásokra, akadémiai tagságra történő pályázat esetén) változatlan formában vagy kiegészítésekkel alkalmazni lehet.

A „publikációs adatlap” három tudományos tevékenységgel kapcsolatban gyűjt számszerű adatokat: 1. könyvírás, 2. könyv- és folyóiratszerkesztés, illetve 3. tudományos közlemények közzététele. Ez utóbbiban szerepel a közlemények impakt faktora és idézettsége is.

A kutatók és a kutatóhelyek különböző formában tartják nyilván közlési tevékenységüket, irodalmi listáik különböző közlési formákat tartalmaznak. Célszerű lenne figyelembe venni az MTA Orvosi Osztályának állásfoglalását (9, 11), és annak mellékletei szerint tanácsos a közlemények csoportosítása. A különböző közlési formák alábbi rövid ismertetése a fenti állásfoglalás szerint történt.

ELŐADÁSOK (POSZTEREK) NYOMTATÁSBAN MEGJELENT ÖSSZEFOGLALÓI (ABSZTRAKTOK) Abból az alapelvből kiindulva, hogy minden tudományos információ, ami nyomtatásban megjelenik, a szerző közlési tevékenységéhez tartozik, az összefoglalók bekerülhetnek a kutató irodalmi jegyzékébe, de ott a cikkektől elkülönített csoportban kell szerepelniük.

Az MTA Orvosi Osztálya állásfoglalása szerint (11) az összefoglalók impakt faktorát nem lehet beszámítani az összesített impakt faktorba, akkor sem, ha olyan folyóiratban jelennek meg, amelynek van impakt faktora. Ha ugyanis az előadás összefoglalója szakmailag értékes anyagra épül, akkor az közlemény formájában előbb-utóbb megjelenik, így ugyanazon tudományos eredmény kétszeresen kapna impakt faktort. Ha az összefoglaló tudományos értéke alacsony, vagy teljes terjedelmű közleményre nem alkalmas adatokat tartalmaz, akkor nem érdemel impakt faktort csupán azért, mert mint egy

előadás/poszter összefoglalója előzetes szakmai bírálat („per review”) nélkül jelenhetett meg. Ha az absztraktra hivatkozás történik, az természetesen bővíti a kutató összesített idézettségi mutatóját.

AZ ELŐADÁSOK (POSZTEREK) NYOMTATÁSBAN MEGJELENT TELJES SZÖVEGEI A kongresszusi előadások teljes szövegének közlését igen nehéz egységesen értékelni, mivel ezek négy különféle módon is megjelenhetnek: 1. magyar vagy idegen nyelvű kongresszusi kiadványokban (ún. „proceedings” kötetekben), 2. a kongresszus anyaga könyv formában kerül kiadásra, és az előadás önálló könyvfejezetként jelenik meg, 3. egyes folyóiratok kiegészítő („Supplementum”) kötetekben, 4. egyes folyóiratok „rendszeres” számaiban teljes értékű közleményekként. A kutató irodalomjegyzékébe az utóbbi kettő kerülhet be mint önálló cikk, az első két változat csak addig, amíg a benne lévő eredmények nem jelennek meg valamely folyóiratban, ami az esetek többségében meg is történik. A kutató összesített impakt faktorába csak a teljes értékű közleményként megjelent előadásszöveg impakt faktora kerülhet.

SZERKESZTŐHÖZ ÍRT LEVELEK, VÁLASZOK, HOZZÁSZÓLÁSOK Mindezek lehetnek a tudományos közlemény részei, de sem jellegük, sem tartalmuknál fogva nem sorolhatók a tudományos cikkek közé. Ez természetesen nem zárja ki annak lehetőségét, hogy a kutató ezeket irodalomjegyzékének egy külön csoportjában ne szerepeltesse. Bár ezek a levelek, hozzászólások lehetnek szakmailag, tudományosan fontosak, nem helyénvaló, hogy a kutató néha csupán egy bekezdésnyi szövegért az adott folyóirat magas impakt faktorát a összesített impakt faktorába beszámítsa. Az MTA Orvosi Osztályának állásfoglalása (11) ezt kifejezetten ellenzi. Az impakt faktortól függetlenül, ha az ilyen leveleket, hozzászólásokat mások idézik, az a szerző idézettségi mutatószámát növeli, egyben jelzi is, hogy ezen közzétételi tevékenységnek volt tudományos visszhangja.

Külön kategóriát jelentenek azok a folyóiratok, amelyek a beküldött cikkeket a „Levelek a szerkesztőhöz” („Letters to the Editor”), vagy más címszó alatt („Reports”, „Commentary”, stb.) jelentetik meg. Ezeknek a folyóiratoknak a jegyzéke az MTA Orvosi Osztálya ajánlásának (11) mellékletében megtalálható. Az itt megjelent cikkek azonban, hasonlóan más folyóiratokban megjelenő cikkekhez, előzetes szakértői véleményezés után kerülhetnek csak közlésre, így teljes értékű tudományos közleménynek számítanak, és impakt faktoralal rendelkeznek.

KÖNYVEK, KÖNYVFEJEZETEK, KÖNYVSZERKESZTÉS A szakkönyvek tudományos értéke nem vitatható, azonban – kivéve azokat, amelyek valamely sorozat részei – nincs impakt faktoruk. Ezért is ajánlatos, hogy a kutatók irodalomjegyzékében a könyvek és a könyvfejezetek önálló csoportban szerepeljenek, ezzel is felhívva értékükre a figyelmet. Könyveket ritkábban, könyvfejezeteket jóval gyakrabban idéznek, bár idézettségük általában a tudományos cikkek idézettsége alatt marad.

A könyvszerkesztés tudományos szempontból általában alábecsült közlési tevékenység, annak ellenére, hogy a könyvfejezetek témájának és a szerzőknek a kiválasztásától az egységes szerkesztésig a könyvszerkesztés komoly szakmai tudást igényel. A tudományos könyvek szerkesztése külön képesség és egyfajta különleges érdeklődés, gyakori, hogy egyes „könyvszerkesztő” tudósok életük során akár 60-80 tudományos könyvet is szerkesztenek.

A TUDOMÁNYOS KÖZLÉS EGYES ETIKAI KÉRDÉSEI

KI LEHET SZERZŐ EGY KÖZLEMÉNYBEN? Aki dolgozott rajta – tűnik egyszerűnek a válasz, de itt még nem tartunk. Gyakori, sőt egyes helyeken bevett szokás, hogy az intézet, a laboratórium vagy a kutatócsoport vezetője akkor is társszerző, ha a közleményt csak a közlésre való elküldéskor, készen látja először. Ezekben az esetekben a nyilvános indok az, hogy komoly munkát jelent a kutatás anyagi fedezetének biztosítása, és ez a vezető idejének, energiájának egy részét felemészti. A magam részéről viszont osztom azt az amerikai National Institute of Health-ben (Bethesda) megfogalmazódott ajánlást, amely szerint egy tudományos közleményben csak az legyen szerző, aki az alábbi 8 tevékenység közül legalább egyben tevékenyen és meghatározó módon részt vett: 1. conception (ötlet), 2. initiation (kezdeményezés), 3. planning (elképzelés), 4. design (megtervezés), 5. execution (kivitelezés), 6. interpretation (értelmezés), 7. assessment (értékelés), 8. writing (megírás). Úgy ítélem meg, hogy ez a 8 tevékenység valóban magában foglalja a tudományos eredmények elérésének és azok közlésének valamennyi mozzanatát, és nem látom etikusnak, hogy aki ezek egyikében sem vett részt, bekerüljön a közlemény szerzői közé, még abban az esetben sem, ha ezt felajánlják neki.

A SZERZŐK SORRENDJE A TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEKBEN Függetlenül a szerzők sorrendjétől és számától, a cikk valamennyi szerzője sajátjának tekintheti a közleményt. Nem közömbös azonban a szerzők sorrendje. A tudományos fokozatok megszerzése szempontjából – külföldön és hazánkban egyaránt – fontos, hogy a jelöltnek (pályázónak) hány „első szerzős” közleménye van. Ez valóban mutatója lehet annak, hogy az illető alkalmas tudományos kérdések megoldására, megfelelő tudományos ismertséggel és gyakorlattal rendelkezik. Az első szerző joga és kötelessége a közlemény összeállítása, elküldése, a nyomdai kefelevonat átnézése és javítása. Az utolsó szerző az esetek többségében a kutatócsoport vezetője, a vizsgálat témakörének meghatározója és irányítója, akinek személye sok esetben a közölt eredmények szakmai garanciáját is jelenti.

A nemzetközi tudománymetriai felméréseknél a kutatónak első szerzőként írt cikkeit külön értékelik (6). Az MTA Orvosi Osztálya által ajánlott „publikációs adatlapon” (9, 11) mind az első, mind az utolsó szerzősége figyelembe veszik.

LEHET-E UGYANAZON EREDMÉNYEKET KÉTSZER MEGJELENTETNI? A válasz igen, kivéve ha a két közlemény szövege és dokumentációja teljesen azonos. Hivatalosan megjelenhet ugyanaz az

eredmény egy összefoglaló formájában, ha az eredmény előbb kerül előadásra, mint közlésre, majd azt követően teljes terjedelmű cikkben is megjelenik. Lehet közölni eredményeket előzetes („preliminary”) közleményként olyan folyóiratokban, amelyek ilyen rovatot vezetnek, majd ezt a közleményt később a részletes cikk követ. Mindkét esetben a részletes cikkben jelezni kell (idézés vagy lábjegyzet formájában), hogy az eredmények egy része már korábban közlésre került. (Megjegyzendő, hogy az előzetes közlemények nem azonosak a „short” vagy „rapid” közleményekkel.)

Nem zárja ki egymást ugyanazon eredmények magyar és idegen nyelvű folyóiratokban való közlése. A magyar nyelvű folyóiratoknak sajnálatosan nincs impakt faktora, ugyanakkor az eredmények széleskörű hazai ismertetése sok esetben kívánatos. (Ezt szolgálja a „Hazai Szakirodalmi Mutató” bevezetése is.) Az már egyéni megítélés kérdése, hogy a kutató az irodalomjegyzékében az így közölt két cikket külön közleményként sorszámozza-e, vagy pedig a magyar nyelvű cikket az idegen nyelvű közlemény sorszámának a)-val jelölt változatának szerepelteti.

Befejezésül csupán egy gondolat: a tudománymetria feladata a tudományos közlési tevékenység széleskörű, sok szempontnak megfelelő, naprakész és pontos felmérése, az adatok feldolgozása és a korlátlan hozzáférhetőség biztosítása. A kutatók és tudományos intézmények feladata az egységes és korrekt adat-szolgáltatás. Mindkettőt még tanulnunk kell.

IRODALOM

1. Vasas L, Hercsel I. A tudományos tevékenység értékelése orvosi szak-
könyvtáros szemmel. Orvosi Hetilap 2000; 141:1823.
2. Marton J, Hulesch H. Külföldi folyóiratcikkek a tudományos tevé-
kenység értékelésében. Orvosi Hetilap 2000; 141:2659.
3. Institute for Scientific Information: Web of Science. [http://www.isi-
net.com/products/citation/jcr.html](http://www.isinet.com/products/citation/jcr.html)
4. Garfield E. Citation analysis as a tool in journal evaluation. Science
1972; 178:471.
5. Garfield E. The 1000 contemporary scientists. Most-cited 1965-1978.
Part I. The basic list and introduction. Current Contents 1981; 41:5.
6. Garfield, E. The 250 most-cited primary authors in the 1984 SCI. Part
1. Names, ranks, and citation numbers. Current Contents 1986; 45:3.
7. Lowry OH, Rosebrough NJ, Farr AL, Randall RJ. Protein measurement
with the Folin phenol reagent. J Biol Chem 1951; 193:265.
8. Saper CB. What's in a citation impact factor? A journal by any other
measure... J Comp Neurol 1999; 411:1-2.
9. A Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Osztályának állásfoglalása a
hazai orvosi szakirodalmi tevékenység elismerését szolgáló mutató beve-
zetéséről. Orv Hetilap 1998; 139:1751.
10. Boda D, Rák K. Még egyszer a hazai (magyar nyelvű) orvosi szakiro-
dalmi mutatóról (HSZM). Orv Hetilap 1995; 136:1639.
11. Az MTA Doktora cím feltételrendszere az MTA Orvosi Tudományok
Osztályánál pályázók részére. MOTESZ Magazin 2000; 4:46.

A hazai szakirodalmi mutató (HSZM) és a magyar nyelvű orvosi szakirodalom helyzete

BODA DOMOKOS DR.

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Gyermekklinika, Szeged

Elsőként Rák Kálmán professzor egy intézeti kiadványában vetette fel, hogy újabban a nemzetközi irodalomban elterjedt impact faktor mintájára rendszeresítsünk a szerzők magyar nyelvű szakirodalmi tevékenységének számbavételére valamilyen pontrendszert. Ennek szűkebb körű megvitatása nyomán magunk, majd ehhez többen csatlakozva, egyre kiforrottabb javaslatokat tártunk a szakmai nyilvánosság és a tudományos fórumok elé (3-5, 10). Miután az ezzel kapcsolatos vita keretében tisztázódott, hogy a magyar nyelvű cikkek tervezett mutatója nem vetélkedik az impact faktoral, hanem attól teljesen független, főképpen az Orvosi Hetilap Szerkesztősége szorgalmazására a kérdéssel a Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Osztálya is foglalkozott, majd megfelelő álláspontot alakított ki (1). Az általa létrehozott sokirányú képviselőtestület magában foglaló bizottságban a HSZM szükségessége tárgyában konszenzus jött létre. Az MTA Orvosi Osztálya egyidejűleg az erről szóló állásfoglalásában szerencsés módon pontosította, hogy a hazai szerzők idegen nyelvű közleményeit milyen szempontok szerint kell csoportosítani és értékelni, azaz az impact faktor számításának szabályait.

Mindez magában örvendetes, ugyanakkor kifejezi azt is, hogy az orvosi szakirodalom művelőitől elvárható, hogy a munkásságukról magyar nyelven is beszámoljanak, ami a hazai orvostársadalom iránti figyelem és megbecsülés jele, amely hozzájárul a hazai gyakorlat színvonalának emeléséhez, korszerű szakismeretekben való fejlesztéséhez, ezért is erkölcsi kötelesség a magyar orvosi nyelv igényes szintű művelése. Ez természetesen nemcsak a klinikusoktól várható el, az elméleti intézetek kutatóinak is kötelessége kellene, hogy legyen, hogy a nagy elődök, mint Jancsó, Ivanovics és sokan mások példáját követve munkásságukról a hazai orvostársadalmat is megfelelő módon tájékoztassák. Az utóbbi időben ennek a véleményének több szerző irányadó közlésben adott hangot (5, 7, 12).

Levezései cím:

Prof. Dr. Boda Domokos
Szegedi Tudományegyetem
Általános Orvostudományi Kar
Gyermekgyógyászati Klinika
6725 Szeged, Korányi fasor 14-15.

Sajnos ezen tiszteletre méltó törekvések ellenére azt kell látnunk, hogy ezen a téren a helyzet nem változott, sőt inkább egyenesen rosszabbodott. Ebben része lehet annak, hogy az említett állásfoglalások csak ajánlások voltak, azok betartását senki nem ellenőrizte, mellőzésük miatt senki nem emelt kifogást. A jelenség mögött az állhat, hogy az impact faktort hazai viszonyok között eltulozva mindenkinek felettinek tartják, és hogy a magyar nyelvű közlésnek nincs értéke, ezeknek a munkáknak a minősítésekben, az egyéni munkásság megítélésében semmi jelentősége nincs. Függetlenül attól, hogy ki mennyire tartja értékesnek az impact faktor szcientometriás jelentőségét, nyilvánvaló, hogy ez önmagában nem elég értékmérő, hanem a mögötte levő tartalom a fontos. Ezzel szemben azt látjuk, hogy szinte általánossá vált, hogy a szakirodalmi és tudományos követelmény rendszerekben egyedül az impact faktort jelölik meg. Ugyanakkor indokolt rámutatni arra, hogy a hazai szakirodalomban több klasszikus példa van arra, hogy tudományunk művelőinek magyar nyelvű közleménye meghatározó jellegű volt a hazai gyakorlatban, természetesen nulla impact faktoral. Az impact faktor túlzott szem előtt tartása még a munkák témájának megválasztására is hatással van, mint ahogy ez abból is kitűnik, hogy a hazai klinikus szerzők idegen nyelvű közleményei is mindinkább elméleti részkérdésekkel foglalkoznak. Az impact faktor fő hibája azonban abban van, hogy mesterkedni lehet vele. *Fazekassal és Varróval* (2, 6, 8, 11–12) egyetértésben ennek számos jelét látjuk a hazai gyakorlatban. Így például az impact faktor kiszámításában, természetesen mindig egyirányú tévedéssel, durva hibák fordulnak elő, amiknek – sportnyelven szólva – azonnali kizáró hatályúnak kellene lenniük. Hasonló okai vannak a hazai idegennyelvű szakirodalomban tapasztalható azon jelenségnek, hogy a közlemények szerzőinek száma egyre szaporodik (9). Nyilvánvaló az ún. „feliratkozás” jelensége is, annak ellenére, hogy ez ellen már többen szót emeltek, mégis valóságos szokássá vált, minden következmény nélkül.

Kérdés, mit lehet tenni a változás érdekében. Egy tiszteletre méltó lehetőségként megemlítendő az, amit a Lancet és a BMJ vezetett be, ahol a közlemények végén tömör szövegezéssel sorra veszik, hogy az egyes szerzők milyen módon vettek részt a munkában a tényleges kutató tevékenységtől a kézirat elkészítéséig, sőt még arról is külön nyilatkoznak, hogy van-e kül-

ső szervezetnek valamilyen érdekeltsége a közleményekben. Ennek a gyakorlatnak a meghonosítása megfontolást érdemelne. Annyit mindenesetre jelez, hogy hasonló irányzatok külföldön is érvényesültek, de abban biztosan követendő példa számunkra, hogy a jelenséggel szemben határozottan felléptek. Nálunk e téren az első feladat az lenne, hogy a jelenségeket a tudományetika megsértésének tekintsük, ezen belül, ugyanennek tartjuk a hazai szakirodalom elvárható művelésének lebecsülését és elhanyagolását. A példaként előforduló nyilvánvaló mesterkedő jelenségeket pedig, azoktól élesen elhatárolva, az illetékes tudományos testületeknek, pályázatokat és minősítéseket elbíráló intézményeknek, saját tudományos hírnevük nyilvánvaló megsértéseként kellene kezelniük, ezzel adva kifejezést annak, hogy ők maguk ilyen eszközökkel nem élnek, és ilyen tevékenységgel nem vádolhatók.

IRODALOM

1. A Magyar Tudományos Akadémia Orvostudományok Osztálya állásfoglalása a hazai orvosi szakirodalmi tevékenység elismerését szolgáló mutató bevezetéséről. Orv Hetil 1998; 139:1751-1752.

2. Boda D. Kutatás- és közlésetikai elvek vizsgálata szakmai közlemények elbírálásakor. LAM 1999; 9:692-693.
3. Boda D, Rák K. Még egyszer a hazai (magyar nyelvű) orvosi szakirodalmi mutató (HSZM)-ről. Orv Hetil 1995; 136:1639.
4. Boda D, Varró V. A nemzetközi és a hazai scientometria kérdéséhez. Orv Hetil 1997; 138:2837.
5. Fazekas T. A hazai (magyar nyelvű) orvosi szakirodalmi mutató (HSZM) jelentősége. Orv Hetil 1995; 136:2037.
6. Fazekas T. Hazai scientometriás anomáliák. Orv Hetil 2000; 141:1649-1650.
7. Fazekas T, Liskai G. Kettős versus kétnyelvű publikáció. Cardiol Hung 2001; 2:157-159.
8. Fazekas T, Varró V. Scientometriás és publikációs praktikák. A globalizáció megjelenése az orvosi publicisztikában. Orv Hetil 2001; 192:2025-2031.
9. Marton J, Janka Z. Segíti-e az impakt faktor a tudományt? Psychiat Hung 1996; 11:123-135.
10. Varró V. Állásfoglalás. Orv Hetil 1994; 135:1329.
11. Varró V. Kik lehetnek egy biomedicinális közlés szerzői? Elvi egyetértés és gyakorlati nézetkülönbség. LAM 1999; 9:204-206.
12. Varró V. Scientometria, impakt faktor, citációs index: gondolatok. Orv Hetil 196; 137:1558-1559.

A kéziratok elbírálási módszereinek megalapozottsága

JIM G. THORNTON, M.D.

Főszerkesztő, *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology, EJOGRB*

ÖSSZEFOGLALÁS Egy megfelelő minőségű folyóiratban közlemények csak akkor jelenhetnek meg, ha a kéziratokat független bírálók ellenőrizték, és azokat elfogadhatónak tartották. Ez az ún. „Peer Review System” vagy előbíráló rendszer. Ez a rendszer olyannyira ésszerű, és a tudományos kiadványokkal olyannyira összefonódott, hogy egészen az utóbbi időkig nem kérdőjelezték meg. Mostanában azonban egyre gyakrabban. Költséges és időigényes módszer, és bizonyos fajtájú kutatásokkal szemben hátrányos. A szerkesztők ezért új utakat keresnek, mint pl. a névtelenség – a bírálók és a szerzők neve is ismeretlen marad egymás szára – vagy éppen fordítva, a teljes nyilvánosság, melyben a szerzők is tudják a bírálók nevét, és fordítva, a bírálók is tájékozottak a szerzők kilétéről. Próbálkozások történtek a világháló bevonásával is, de ezek még nem terjedtek el. Nincs bizonyíték, hogy bármelyik új eljárás lényegesen javítaná a hagyományos előbírálási módszert. Éppen ezért a *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* szerkesztése során folytatjuk ezt az ellenőrzési eljárást, és tájékoztatjuk a szerzőket, hogy milyen fajta közleményekkel foglalkozik a folyóirat. Rendszeres kerekasztal-megbeszéléseket tartunk, amelyekben a szerzőket megtanítjuk, hogyan tudnak minél jobb közleményeket írni.

Kulcsszavak orvosi folyóiratok, kéziratok, ellenőrzési módszerek, peer review

Ha a tartalmuktól eltekintünk, a tudományos folyóiratokat elsősorban a kéziratok ellenőrzése, bírálata különbözteti meg az összes többi kiadványtól. A közlemények csak akkor kerülhetnek nyomtatásba, ha az adott terület független szakértői erre megfelelő minőségűnek ítélik azokat. Ez a rendszer olyannyira ésszerű, és a tudományos kiadványokkal olyannyira összefonódott, hogy egészen az utóbbi időkig nem kérdőjelezték meg. Mostanában azonban egyre gyakrabban. Költséges és időigényes módszer, s bizonyos fajtájú kutatásokkal szemben hátrányos. Néhány bíráló azt is fölvetette, hogy a végső kiadvány minőségét valószínűleg csak alig-alig javítják. Mások azt ész-

Levelezési cím:

Jim G. Thornton, M.D.

Division of Obstetrics and Gynaecology
D Floor, Clarendon Wing, The General Infirmary
Leeds LS2 9NS, United Kingdom
Távbeszélő (44 113) 392 6240 Távmasoló (44 113) 392 6452
Villanyposta: j.g.thornton@leeds.ac.uk

revételezték, hogy a különböző folyóiratok különféleképpen szervezik meg a kéziratok átnézését, ellenőrzését, így nehéz eldönteni, melyik a legjobb módszer. Szerencsére az Orvosi Szerkesztők Szövetsége (Association of Medical Editors) rendszeres üléseket tartott a tudományos szerkesztőségi gyakorlat megvitatására az utóbbi mintegy tíz évben, és ez egyre több, a területen végzett véletlenszerű kiválasztásos tanulmány elkészítését ösztönözte. Négy uralkodó téma merült föl a vitában: a szerzők nevének titokban tartása a bíráló előtt, a bírálók értékelése, valamint olyan eljárások, amelyek a bírálókat, illetve a szerzőket segítik a közlemény minőségének javításában.

A szerzők, a bírálók vagy mindkettő névtelenné tételével nem könnyű bírálni a véletlenszerűen beválasztott, ellenőrzött módszerrel végzett tanulmányokat, mert ez a bírálók és a szerzők közötti erőegyensúly megtartását veszélyeztetheti. Általában a bíráló ismeri a szerzőt, ő azonban névtelen marad. A bíráló minden megjegyzését átnézi, és esetleg megválogatja a szerkesztő, majd névtelenül továbbítja a szerzőhöz. Sokan ezt igazságtalannak gondolják, és úgy tartják, ezáltal a bírálókat kevésbé lehet felelősségre vonni (1-2). Elsőként meg kell próbálni a szerzők névtelenségét is fenntartani úgy, hogy nevüket eltávolítsuk a címdalról. Több újság éveken át alkalmazta ezt a módszert, ám gyakran eredménytelenül, mivel a dolgozatok több helyen is tartalmazhatnak olyan utalásokat, amelyekből a szakértő bíráló következtethetett a szerzők kilétére. Az is nehézséget jelent, hogy a legismertebb szerzők kilétét lehet a legnehezebben elfedni (3). Szerencsére az eredmények arra utalnak, hogy noha a szerzők névtelensége következtében csökken annak a valószínűsége, hogy a kéziratot a bírálók elutasítsák (4), még sincs semmilyen hatással az elfogulatlanul végzett bírálatok minőségére (5). Az a változat is lehetséges, hogy az ellenőrzési eljárást tökéletesen nyíltá tesszük, megkérve a bírálókat, hogy írják alá visszaküldött véleményezésüket. Jómagam és még számos más szerkesztő mindig is úgy véltük, hogy az aláírással ellátott bírálatok jobb minőségűek. A véletlenszerű kiválasztásos tanulmányok viszont azt mutatták, hogy a bírálatok minőségében számottevő különbség nincs. A megjegyzések udvariasabbak voltak ugyan, ám a bírálók gyakrabban tagadták meg a nyílt véleménynyilvánítást (4, 6-7). A szerzők inkább a nyílt véleményezést részesítik előnyben, és hacsak nem származik határozott előny a bírálók névtelenségéből, mindent elsöpör az a tény, hogy így az egész eljárás igazságosabb. A *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, EJOGRB* kéziratátnézése során arra

kérjük bírálóinkat, hogy írják alá megjegyzéseiket, de meghagyjuk nekik azt a lehetőséget is, hogy névtelenek maradjanak. Az ilyen bírálók véleményeire azonban kevésbé adunk

Az Australian Medical Journal egy újabb lépést tett a nyílt kézirat ellenőrzés megvalósítása felé (8). A szerzők beleegyezésével az eredeti kéziratokat feltették a világhálóra, a folyóirat honlapjára, s ezzel egy időben egy sor lehetséges bírálónak elektronikus értesítést küldenek róla. Rövid idő elteltével a befutott megjegyzések fényében felkérték a szerzőket a kézirat átdolgozására. Ezt azután elfogadták vagy elutasították a szokásos módon, és végül a közlemény megjelentetésénél megjegyezték, hogy ilyen formában történt a kézirat ellenőrzés. Ez az eljárás – úgy tűnt – meglehetősen jól működött, noha a felkért bírálókon kívül viszonylag kevés olvasó fűzött megjegyzéseket a világhálóra kitett dolgozatokhoz. Az Australian Medical Journal szerkesztői azonban már nem használják a világhálós kézirat ellenőrzést, így valószínűleg a módszer előnyei nem érték meg a befektetett erőfeszítéseket. A bírálók munkájának fölmérése és a jól teljesítők kiszűrése ugyancsak szabványok felállítását követeli meg (9), noha ez akkor működik a legjobban, és csak akkor igazságos, ha a bírálók tisztában vannak vele, hogy kiértékelik teljesítményüket. Azok a bírálók, akik a legkeményebben dolgoznak, több munkát kapnak, és a bírálataikért általában nem jár anyagi ellenszolgáltatás.

Végül a kész közlemény minőségének javítására az utolsó módszer az, ha a szerkesztők közvetlen módon segítséget nyújtanak mind a bírálóknak, mind a szerzőknek. A tudományos közleménykiadás együttműködést igénylő folyamat, amelyben a szerkesztőknek központi szerep jut. Segíthetjük a bírálókat úgy, hogy az adott témára vonatkozó cikkeket és összefoglalókat küldünk ki az elbírálendő dolgozattal együtt, bár nem tudhatjuk, hogy ez javítja-e véleményezésük minőségét. Amennyiben a szerzők és a bírálók nem a megfelelő cikkeket és összefoglalókat választják ki segítségül, a bíráló téves biztonságérzetbe ringathatja magát, és esetleg nem veszi észre az azonos témakörben már korábban közzétett adatok ismétlődését. Mégis népszerű ez az eljárás azoknál a bírálóknál, akik

szerint a módszer javíthatja megjegyzéseik minőségét. Ha számításba vesszük emellett, hogy milyen sok követelménynek kell eleget tenniük munkájuk során, meg kell ragadnunk minden lehetséges módszert, amellyel segíthetjük őket.

Végül a European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology szerkesztése során tájékoztatjuk a szerzőket, hogy milyen fajta közleményekkel foglalkozik a folyóirat (10), és rendszeres kerekasztal-megbeszéléseket tartunk, amelyeken a szerzőket megtanítjuk, hogyan tudnak minél jobb közleményeket írni.

IRODALOM

1. Rennie D. Freedom and responsibility in medical publication. *JAMA* 1998; 280:300-302.
2. Resch KI, Ernst E, Garrow J. A randomised controlled study of reviewer bias against an unconventional therapy. *J R Soc Med* 2000; 93:164-167.
3. Cho MK, Justice AC, Winker MA, Berlin JA, Waeckerle JF, Callahan ML, et al. Masking author identity in peer review: what factors influence masking success? *JAMA* 1998; 280:243-245.
4. Godlee F, Gale CR, Martyn CN. Effect on the quality of peer review of blinding reviewers and asking them to sign their reports: a randomised controlled trial. *JAMA* 1998; 280:237-240.
5. Justice AC, Cho MK, Winker MA, Berlin JA, Rennie D. Does masking author identity improve peer review quality? A randomised controlled trial. *JAMA* 1998; 280:240-242.
6. Van Rooyen S, Godlee F, Evans S, Black N, Smith R. Effect of open peer review on quality of reviews and on reviewers recommendations: a randomised trial. *Br Med J* 1999; 318:23-27.
7. Walsh E, Rooney M, Appleby L, Wilkinson G. Open peer review: a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2000; 176:47-51.
8. Bingham CM, Higgins G, Coleman R, Van der Weyden MB. The Medical Journal of Australia Internet peer-review study. *Lancet* 1998; 352:441-445.
9. Van Rooyen S, Black N, Godlee F. Development of the review quality instrument (RQI) for assessing peer reviews of manuscripts. *J Clin Epidemiol* 1999; 52:625-629.
10. Thornton JG. Case reports; original, educational or sexy – yes please, just rare – no thanks. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 96:7.

Tudománymetria a nőgyógyászati onkológiában

VASAS LÍVIA, HERCSEL IMRÉNÉ

Semmelweis Egyetem, Központi Könyvtár, Budapest

ÖSSZEFOGLALÁS Kinevezések, pályázatok elbírálásakor fontos tényező a tudományos tevékenység megítélése, a tudománymetria. Nemzetközileg elismert az Institute for Scientific Information adattára alapján végzett tudománymetriai vizsgálat, a Journal Citation Reports különböző mutatói, mint az impakt faktor, az immediacy index, valamint a science citation index és a web of science (WoS) adattárakból kikereshető idézettség. A kutatói munka eredményét tükröző magyar nyelvű illetve kiadású szakirodalmi tevékenységet bemutató és értékelő Hazai Szakirodalmi Mutató (HSzM) sajnos még várta magára. A szerzők a tudományos munka értékelésének legfontosabb mutatóit ismertetik, és bemutatják azok korlátait is. Külön elemzik, és példákön keresztül ismertetik egy szakma – a nőgyógyászati onkológia – idézettségét, az irodalmi források megkeresésének lehetőségeit. Tárgyalásra kerülnek az egyes folyóiratok is a tudománymetria tükrében. Végezetül az olvasó gyakorlati útmutatást kap a tudományos közlés és az irodalmi források megkeresésének ügyében.

Kulcsszavak tudománymetria, mutatók, folyóiratok, idézettség, nőgyógyászati onkológia

BEVEZETÉS Kinevezések, pályázatok elbírálásakor fontos tényező a tudományos tevékenység megítélése, a tudománymetria. Nemzetközileg elismert az ISI (Institute for Scientific Information) adattára alapján végzett tudománymetriai vizsgálat: a Journal Citation Reports (JCR) különböző mutatói: az Impakt Faktor, az Immediacy Index, valamint a Science Citation Index (SCI) és Web of Science (WoS) adattárakból kikereshető idézettség (1-4).

A kutatói munka eredményét tükröző magyar nyelvű illetve kiadású szakirodalmi tevékenységet bemutató és értékelő Hazai Szakirodalmi Mutató (HSzM) bevezetését többek között *Varró és munkatársai* (5) szorgalmazták, alkalmazását a *Magyar Tudományos Akadémia Orvostudományi Osztálya* (6) is támogatta. Egyetemeken nem vezették be, de előnynek számít, ha az

Levelezési cím:

Vasas Lívia
Semmelweis Egyetem
Központi Könyvtár
11 Budapest, Üllői út 26.
Távbeszélő: (36 1) 210 0278
Villanyposta: lvasas@lib.sote.hu

impakt faktor összeg (ΣIF) megadása mellett a hazai szakirodalmi tevékenység is ismertetésre kerül.

Közleményünkben rövid áttekintést adunk a jelenleg Magyarországon használt tudománymetriai módszerekről, valamint gyakorlati alkalmazásukról a nőgyógyászati onkológia területén. Felhívjuk a figyelmet könyvtárosi munkánk közben talált gyakoribb hibákra és a hatékony tudományos közlés néhány gyakorlati kérdésére.

TUDOMÁNYMETRIAI MUTATÓK Közleményünkben csak a legfontosabb mutatókat ismertetjük. A JCR ezeken kívül több, a tudományos folyóiratok minőségére jellemző mutatószámot is közöl. Értelmezésük és számításuk módja bármelyik JCR évfolyam nyitó oldalán megtalálható.

AZ IMPAKT FAKTOR (IF) Az impakt faktor a tudományos folyóiratokra jellemző, évenként változó mutatószám. Úgy számítjuk ki, hogy a tárgyévvel megelőző két évben az adott lapban megjelent cikkek tárgyévi hivatkozásait osztjuk a lapban ugyanezen két év alatt megjelent összes közlemény számával, pl. a 2000. évi impakt faktor kiszámítása esetében az 1998-99-ben megjelent cikkek 2000-ben kapott idézetek számát osztjuk az 1998-99-ben megjelent összes cikk számával. A Journal Citation Reports 2000 Science Edition „Information for new users” útmutatójának impakt faktor (IF) meghatározása a JCR-IF, amely „mutatja egy lap „átlagos” cikkének idézettségi gyakoriságát” (7). Ez értékmérője a lap olvasottságának, és így értékmérője lehet – az olvasók ítélete szerint – a lap tudományos színvonalának is.

Az impakt faktor összeget (IF) úgy képezzük, hogy az egyes, eredeti tudományos közlemények megjelenési évének megfelelő JCR-IF adatokat tételként hozzárendeljük a vizsgált szerző megfelelő közleményeihez, pl. az 1998-ban megjelent cikkhez az 1998 évi impakt faktor érték tartozik, és ezen értéket összeadjuk. Ez a ΣIF a szerző szakirodalmi tevékenységének egyik fontos jellemzője. Az impakt faktor értékkel rendelkező lapokban megjelent tudományos rendezvények előadásainak kivonatai („A”), levelezések, hozzászólások stb. nem kapnak impakt faktort, mivel az ilyen formájú közlések esetében nincs szakmai bírálat (6).

Curti és mtsai (8) vizsgálták az összefüggéseket az orvostudományi folyóiratok impakt faktorainak alakulása és a folyóirat

elektronikus változatának megjelenése között. Azt találták, hogy a folyóiratok tartalomjegyzékének, cikkeik kivonatainak vagy teljes szövegének jelenléte a világhálón szignifikánsan megnövelte a folyóiratok impakt faktorát az általuk vizsgált 1995–2001 közötti időszakban. Véleményük szerint ez a növekedés a világháló által eredményezett nagyobb hozzáférhetőség és olvasottság következménye.

IMMEDIACY INDEX Az immediacy index ugyancsak egy folyóiratban megjelent közlemények minőségére jellemző, a JCR-ban található mutató, amelyet a közlési terv kidolgozásánál lehet figyelembe venni. Azt mutatja meg, hogy a tárgyévben egy adott lapban közölt átlagos cikk hány idézetet kapott az összes többi elemzett laptól ugyanabban az évben. Másféppen kifejezve, azt jelzi, hogy a cikkek milyen érdeklődést keltettek, mennyire voltak időszerűek. Az érték függ a lap megjelenési gyakoriságától, a ritkán megjelenő folyóiratok esetében ez hátrányos.

PRESTIGE FAKTOR Egy új tudományometriai mutató a prestige faktor, melyet az hívtott életre, hogy az impakt faktor bírálói igényelték a folyóiratok jobb minőségi jellemzését (9). Ennek egyik bizonyítéka a PrestigeFactor.com adattárának megjelenése az alaptudományok, a társadalomtudományok, valamint az orvos- és élettudományok területén (10). A tudományos folyóiratok rangsorolására ebben átfogó, 6 független változót tartalmazó algoritmust alkalmaznak. Ezek a változók, pl. az 1998, 1999 és 2000 években megjelent cikkek 2000-ben megjelent idézetek és a hozzájuk tartozó cikkek száma. Ezáltal jobban jellemzik a folyóiratot, mint az impakt faktor, amely csak az 1998 és 99-ben megjelent cikkek 2000. évi idézeteire támaszkodik a 2000. évhez tartozó impakt faktor értékek kiszámításánál. A <http://www.prestigefactor.com/about.htm#how> világháló címen bővebb felvilágosítást lehet kapni ezekről az adattárakról, célkitűzéseikről, főbb jellemzőikről, kiemelve részletesen az impakt faktor mutatóval szembeni előnyöket.

SCIENCE CITATION INDEX (SCI) ÉS A WEB OF SCIENCE (WOS) Az idézettség meghatározásának eszköze a Science Citation Index (SCI) és a Web of Science (WoS). Az idézettség azt mutatja meg, hogy egy adott közleményt hányszor, hányan és hol idézték. Ez a vizsgálat az idézettséget nyilvántartó adattárak felhasználásával történik (12). Az SCI nyomtatott változata 1945-ig nyúlik vissza, az MTA könyvtárában megtalálható. Elektronikusan 1980-tól 2000-ig használható több magyarországi egyetem számítógépes hálózatán (Debreceni Egyetem, Szegedi Egyetem, Semmelweis Egyetem). 2000-től egyetlen magyarországi könyvtár sem fizeti elő az SCI-t, helyette a WoS-t használják. Az összes magyarországi felsőoktatási intézményben és a Magyar Tudományos Akadémia hálózatán 1996-tól a www.om.hu honlapról vehető igénybe ez a szolgáltatás. A WoS előnye az SCI-vel szemben, hogy korszerűbb a visszakereső rendszere, gyorsabb használatot, részletesebb forrás- és kapcsolódó adatokat biztosít.

KÖZLÉS ÉS IDÉZÉS A NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIA TERÜLETÉN A címük szerint is a nőgyógyászati onkológiával foglalkozó lapok számának és impakt faktor értékének alakulását mutatja az 1. táblázat.

1. táblázat. A nőgyógyászati onkológiai szaklapoknak a Journal Citation Reports-ban közzétett 1994-es és 2000-es impakt faktora

Folyóirat neve	IF 1994	IF 2000
Gynecologic Oncology	1,398	1,972
Int J Gynecol Cancer	0,593	0,663
Breast		0,588
Breast Cancer Res Treatment		2,720
Eur J Gynecol Oncol		0,551

1994-ben 2, 2000-ben 5 folyóiratot jelez a JCR. A források száma, a közlési kedv és az olvasottság növekvő szakmai igényt jelez az impakt faktor értékek tükrében. Hasonlóan a legtöbb magyar szaklaphoz, magyar nyelvű, illetve magyar kiadású nőgyógyászati onkológiai lapnak nincs impakt faktor értéke.

A 2000 évi JCR adattárában téma szerinti szűrés alapján 57 nőgyógyászati és 103 onkológiai szaklapot találtunk, melyeket csökkenő impakt faktor szerinti sorrendben, a 2. és 3. táblázatban közlünk. Az 1-nél kisebb impakt faktor értékű címetek csak felsoroljuk a táblázat alján.

2. táblázat. A JCR 2000. évi kiadásában a szülészeti-nőgyógyászati témakör lapjainak IF értékei

Folyóirat címe	ISSN	IF
Hum Reprod	0268-1161	2,997
Hum Reprod Update	1355-4786	2,887
Fertil Steril	0015-0282	2,854
Placenta	0143-4004	2,587
Am J Obstet Gynecol	0002-9378	2,519
Brit J Obstet Gynaec	0306-5456	2,349
Menopause	1072-3714	2,273
J Soc Gynecol Invest	1071-5576	2,184
Obstet Gynecol	0029-7844	2,091
Gynecol Oncol	0090-8258	1,972
Semin Reprod Endocr	0734-8630	1,952
Semin Perinatol	0146-0005	1,808
Ultrasound Obst Gyn	0960-7692	1,725
Contraception	0010-7824	1,704
Prenatal Diag	0197-3851	1,647
Int J Gynecol Pathol	0277-1691	1,508
J Assist Reprod Gen	1058-0468	1,416
Maturitas	0378-5122	1,402
Curr Opin Obstet Gyn	1040-872X	1,387
Clin Perinatol	0095-5108	1,360
Int J Obstet Anesth	0959-289X	1,274
J Am Assoc Gyn Lap	1074-3804	1,268
Paediatr Perinat Ep	0269-5022	1,265
Birth-Iss Perinat C	0730-7659	1,250
Gynecol Endocrinol	0951-3590	1,107
Acta Obstet Gyn Scan	0001-6349	1,028
Arch Gynecol Obstet	0932-0067	1,000

1-nél kisebb IF értékkel rendelkező lapok: Adv Contracept, Am J Perinat, Ann Chir Gynaecol, Aust Nz J Obstet Gyn, Bailliere Clin Ob Gy, Best Pract Res Cl Ob, Breast, Clin Obstet Gynecol, Contracept Fertil S, Early Hum Dev, Eur J Gynaecol Oncol, Eur J Obstet Gyn R B, Fetal Diagn

Ther, Geburtsh Frauenheilk, Gynaecol Endosc, Gynakol Geburt Runds, Gynakologe, Gynecol Obstet Inves, Hypertens Pregnancy, Int J Fertil Women M, Int J Gynecol Cancer, Int J Gynecol Obstet, J Matern-Fetal Inves, J Perinat Med, J Psychosom Obst Gyn, J Reprod Med, J Women Health Gen-B, Obstet Gyn Clin N Am, Prenat Neonat Med, Z Geburtsh Neonatol

3. táblázat. A JCR 2000. évi kiadásában megjelent, az onkológia témakörével foglalkozó lapok IF értékei

Folyóirat címe	ISSN	IF
Ca-Cancer J Clin	0007-9235	24,674
Adv Cancer Res	0065-230X	21,680
J Natl Cancer I	0027-8874	14,159
J Clin Oncol	0732-183X	8,773
Cancer Res	0008-5472	8,460
Oncogene	0950-9232	6,490
Semin Cancer Biol	1044-579X	5,841
Clin Cancer Res	1078-0432	4,643
Gene Chromosome Canc	1045-2257	4,534
Cancer Epidem Biomar	1055-9965	4,354
Cancer Gene Ther	0929-1903	4,151
Carcinogenesis	0143-3334	4,031
Int J Cancer	0020-7136	3,918
Exp Cell Res	0014-4827	3,860
Leukemia	0887-6924	3,736
Cancer	0008-543X	3,611
Brit J Cancer	0007-0920	3,489
Semin Oncol	0093-7754	3,365
Cancer Metast Rev	0167-7659	3,325
Ann Oncol	0923-7534	3,249
Mol Carcinogen	0899-1987	3,104
Int J Radiat Oncol	0360-3016	3,058
J Immunother	1053-8550	3,027
Stem Cells	1066-5099	2,989
Crit Rev Oncogenesis	0893-9675	2,852
Strahlenther Onkol	0179-7158	2,846
Cancer Immunol Immun	0340-7004	2,820
Ann Surg Oncol	1068-9265	2,799
Eur J Cancer	0959-8049	2,725
Breast Cancer Res Tr	0167-6806	2,720
Oncology-Basel	0030-2414	2,584
Radiother Oncol	0167-8140	2,469
Cancer Cause Control	0957-5243	2,464
Semin Radiat Oncol	1053-4296	2,427
Bone Marrow Transpl	0268-3369	2,396
Int J Oncol	1019-6439	2,142
Jpn J Cancer Res	0910-5050	2,120
Cancer Chemoth Pharm	0344-5704	2,081
Cancer Treat Rev	0305-7372	2,053
Nutr Cancer	0163-5581	2,016
Curr Prob Cancer	0147-0272	2,000
Hematol Oncol Clin N	0889-8588	1,979
Gynecol Oncol	0090-8258	1,972
Anti-Cancer Drug Des	0266-9536	1,937
Melanoma Res	0960-8931	1,862
Clin Exp Metastas	0262-0898	1,845
Cancer Surv	0261-2429	1,824
J Cancer Res Clin	0171-5216	1,789
Cancer Cytopathol	0008-543X	1,716
Oral Oncol	0964-1955	1,690
Semin Surg Oncol	8756-0437	1,650
Tumor Biol	1010-4283	1,626
Cancer Genet Cytogen	0165-4608	1,625
J Neuro-Oncol	0167-594X	1,581
Anti-Cancer Drug	0959-4973	1,570
J Surg Oncol	0022-4790	1,541
Cancer Invest	0735-7907	1,527
Cancer Lett	0304-3835	1,517
Oncol Res	0965-0407	1,508
Leukemia Res	0145-2126	1,502
Eur J Surg Oncol	0748-7983	1,434
Lung Cancer-J Iaslc	0169-5002	1,401

Folyóirat címe	ISSN	IF
J Pediat Hematol Onc	1077-4114	1,387
Eur J Cancer Prev	0959-8278	1,351
Anticancer Res	0250-7005	1,331
Invest New Drug	0167-6997	1,322
Med Oncol	1357-0560	1,318
Med Pediatr Oncol	0098-1532	1,301
Int J Biol Marker	0393-6155	1,292
Oncol Rep	1021-335X	1,290
Cancer Detect Prev	0361-090X	1,258
Leukemia Lymphoma	1042-8194	1,252
Endocr-Relat Cancer	1351-0088	1,239
Support Care Cancer	0941-4355	1,174
Teratogen Carcin Mut	0270-3211	1,106
Chemotherapy	0009-3157	1,021
Crit Rev Oncol Hemat	1040-8428	1,019
Environ Carcin Eco R		1,000

1-nél kisebb IF értékkel rendelkező lapok: Acta Oncol, Am J Clin Oncol-Canc, Ann Oper Res, Appl Math Model, Appl Stoch Model Bus, Asia Pac J Oper Res, B Cancer, Biodrugs, Breast, Cancer Biother Radio, Cancer J, Comput Integr Manuf, Comput Oper Res, Comput Optim Appl, Concurrent Eng-Res A, Decis Support Syst, Discrete Event Dyn S, Eng Optimiz, Eur J Gynaecol Oncol, Eur J Oper Res, Exp Oncol, Expert Syst Appl, Hematol Cell Ther, Hematol Oncol, Iie Trans, Infor, Int J Comp Integ M, Int J Flex Manuf Sys, Int J Gynecol Cancer, Int J Hyperther, Int J Prod Res, Int J Syst Sci, Int J Technol Manage, Interfaces, Invas Metast, Its J, J Chemotherapy, J Exp Clin Canc Res, J Global Optim, J Manuf Syst, J Oper Manag, J Oper Res Soc, J Oper Res Soc Jpn, J Optimiz Theory App, J Tumor Marker Oncol, Jpn J Clin Oncol, Manage Sci, Math Method Oper Res, Math Oper Res, Math Program, Nav Res Log Neoplasma, Omega-Int J Manage S, Oncology-Ny, Onkologie, Oper Res, Oper Res Lett, Operations Research And Maganement Science, Optim Contr Appl Met, Or Spektrum, Pediatr Hemat Oncol, Probab Eng Inform Sc, Prod Plan Control, Prostate Cancer P D, Qual Prog, Qual Reliab Eng Int, Queueing Syst, Rairo-Rech Oper, Reliab Eng Syst Safe, Safety Sci, Surg Oncol, Syst Control Lett, Technovation, Transport Res B-Meth, Transport Res E-Log, Transport Sci, Tumori.

4. táblázat. A „CA-A Cancer Journal for Clinicians” impakt faktor értékei

Év	IF
1994	13,045
1995	15,500
1996	17,452
1997	9,098
1998	21,432
1999	22,327
2000	24,674

2000-ben a legnagyobb impakt faktora a „CA-A Cancer Journal for Clinicians” című lapnak van: 24,674 (4. táblázat). (Kiadó: Lippincott, USA). A WoS 1998 és 1999 között 81 (1998-ban 43, 1999-ben 38) közleményt ismertetett ebből a folyóiratból. Magyarországi munkahelyet megjelölő szerző nem volt köztük. A 81 ismertetett tudományos munkából 37 „eredeti közlemény”, 6 „összefoglaló közlemény”, 15 „szerkesztőségi közlemény (editorial)”, 8 „levél”, 11 „hírek (news item)”, 3 „helyreigazítás” és 1 „életrajzi adat (bibliographic item)”. Az impakt faktor kiszámításánál azonban ugyanezen évek alatt csak 43 (1998-ban 25, 1999-ben 18) cikket vettek figyelembe, s ugyanezen évek alatti cikkekre 2000-ben 1061 (463 1998-ban és 598 1999-ben) hivatkozás esett. Az impakt faktor a kettő hányadosa (1061/43), ami 24,674-nek felel meg. A számítás így megfelelő, mert a folyóiratban megjelent egyéb köz-

lemény típusok nem jönnek számításba az impakt faktor meghatározásánál (a számításnál a nevezőt nem növelik). A 4. táblázatból látható, hogy az impakt faktor értékek nagy ingadozást mutatnak, ami szokatlan, és ezért megvizsgáltuk, hogy minek köszönhető ez a magas impakt faktor érték. A folyóiratban pl. Landis és mtsai (16) 1998-ban egy cikket írtak az 1998-as rák statisztikáról, amelyre nagyon sokan hivatkoztak, napjainkig 1128 hivatkozást kaptak. Megkerestük ennek a cikknek az 1998-as és 99-es idézettségét, és azt találtuk, hogy ebben a két évben a cikket 670-en idézték. Tehát, a magas 2000. évi impakt faktor érték jórészt ennek az egyetlen közleménynek köszönhető! Ha ugyanis levonnánk a számlálóban szereplő idézetszámból az erre a cikkre kapott 670 idézetet, akkor a lap impakt faktor értéke a következőképpen alakulna: $(363+598 - 670):(25+18) = 6,767$. A számszerű adatokat a JCR „Impakt factor calculations” rovatából vettük, illetve ellenőriztük.

A nőgyógyászati onkológiai közlési szokásokról, illetve a közlemények számáról tájékoztatást kaphatunk az alábbiak alapján. A JCR-ban ismertett összes lap számát (5684 cím, 100%) szembeállítva az ismertett nőgyógyászati lapok (57 cím, kb. 1%) és onkológiai lapok (103 cím, kb. 1,8%) számával, láthatjuk a bennünket érdeklő szakterület lapjainak viszonylag csekély részarányát. Az ismertett nőgyógyászati lapok közül 2000-ben a legtöbb közlemény az „American Journal of Obstetrics and Gynecology”-ban jelent meg (533 közlemény). Az ismertett onkológiai szaklapok közül pedig a „Cancer Research”-ben (1099 közlemény). Összehasonlításként 2000-ben az összes JCR által ismertett lap közül a legtöbb cikket a „J Biol Chem” közölte (5549 közlemény). Az éves idézések (hivatkozások) közül az egyszerűség kedvéért csak azokat az idézéseket (hivatkozásokat) vettük tekintetbe, amelyeket a fenti lapok önmagukra, illetve az ott közölt cikkekre tettek. Az eredményeket a 5. táblázat mutatja. Ebből látható, hogy a „J Biol Chem”-ben nemcsak többet közöltek, hanem többet is hivatkoznak a szerzők a folyóiratban megjelent cikkekre, mint a példaként kiválasztott nőgyógyászati és onkológiai folyóiratban. A „J Biol Chem” közleményeinek száma valamivel több, mint tízszerese az „Am J Obstet Gynecol”-ban megjelent és kb. ötszöröse a „Cancer Res”-ben közreadott közlemények számának. A „J Biol Chem” folyóirat 1 közleményére eső hivatkozásainak száma kb. 2,9-szerese az „Am J Obstet Gynecol”, illetve 2,57-szerese a „Cancer Res” saját hivatkozási értékének.

5. táblázat. A saját közleményekre történő hivatkozások alakulása a „J Biol Chem”, az „Am J Obstet Gynecol” és a „Cancer Res” folyóiratokban.

Folyóirat neve	Saját hivatkozások száma	Közlemények száma	Hivatkozások-közlemények aránya
J Biol Chem.	1415	5549	0,255
Am J Obstet Gynecol	47	533	0,088
Cancer Res	109	1099	0,099

A sok irodalmi hivatkozás tükrözi egyrészt az előzmények alapos ismeretét, másrészt jobban felkelti az olvasók figyelmét, és így az is feltételezhető, hogy a szerzők által kapott idézetek száma is nagyobb lesz.

TANÁCSOK A TUDOMÁNYMETRIAI ELEMZÉS ALKALMAZÁSÁHOZ A tudománymetria fentebb vázolt eszközeit és módszereit évtizedek óta használják, s ezen idő alatt sokan elemezték és bírálták (2, 9, 11, 13-15). A továbbiakban kiemelünk néhány szempontot, amelyek szem előtt tartása fontos, ugyanakkor felhívjuk a figyelmet a hibák csökkentésére és a legmegfelelőbb közlési módszer kiválasztására.

Alapvető a helyes és pontos irodalmi adatok megadása, amely a tudománymetriai elemzés forrása. Felhívjuk a figyelmet: 1. az egységes és következetes szerzői névhasználatra, 2. a közlemények (eredeti, összefoglaló közlemények) és a tudományos rendezvényekkel kapcsolatos anyagok (összefoglalók stb.) elkülönítésére, valamint 3. a kezdő és záró oldal pontos feltüntetésére.

Az SCI-ben, a WoS-ban is lehetnek elírások (különösen a magyar szerzői nevek vonatkozásában, rövidítésekben, irodalmi adatokban, évszámoknál). A feltehetően elírt nevekre is ki kell terjeszteni a keresést, pl. Kelemen-E néhol Keleman-Eként kerül idézésre. Rendkívül alaposan át kell tehát gondolni az elírási lehetőségeket, s minden egyes változatot ki kell próbálni. Azonos neveknél (Kovács A, Szabó B) a pontos bibliográfiai adatok szerint lehet csak keresni, s a megfelelő hivatkozást megadni.

Hasznos az irodalmi jegyzék, az összesített impakt faktor érték és az idézettség vizsgálat évenkénti „karbantartása”. Mivel az impakt faktor visszatekintő mutató, a folyó naptári évben megjelent közlemények értékelésénél csak a legutolsó (a folyó évnél legalább 1 évvel korábbi) impakt faktor értékeket lehet alkalmazni. Ezen tételek impakt faktor értékét a tárgyévnek megfelelő JCR kiadás megjelenése után azonnal helyesíteni kell, s ez évenként megújuló feladat.

A kutatási témának megfelelő közlési források közül ki kell választani a legmegfelelőbbet. Ennek a megtalálásához segítséget nyújt a folyóiratok minőségi jellemzésére használatos, fentebb vázolt impakt faktor és az immediacy index. Mint láttuk, az impakt faktor tulajdonképpen egy adott folyóirat visszanező mutatója: a tárgyévet megelőző két lezárt évben a lapban megjelent cikkekre a tárgyévben bárhol kapott idézetek számának és a lapban a tárgyévet megelőző két évben megjelent cikkek számának hányadosa. Lényegében idézettségi gyakoriságot mér, amely a folyóirat, illetve a benne közölt cikkek iránti érdeklődést és az általuk az olvasókra és a tudományra gyakorolt hatást (impakt) méri. Az immediacy index matematikai típusát tekintve hasonló hányados: ez is az idézetek számát osztja a cikkek számával. Azonban ez a mutató nem visszatekintő. Az

adott lap tárgyévben megjelent cikkeire a tárgyévben bárhol kapott idézetek számát osztja a lap a tárgyévben megjelent összes cikkének számával. Így tulajdonképpen idézettségi gyorsaságot mér, vagyis azt, hogy egy új közlemény milyen gyorsan kerül idézésre. A gyors idézhetőség előfeltétele az, hogy a lap a benyújtott cikkeket gyorsan közölje.

A hivatkozásokról tudni kell, hogy az idézettség vizsgálat elemzése során tételesen kiderül a felhasználó számára, hogy a vizsgált szerző hányszor idézte önmagát (önidézet), vagy egy társszerzői körből, illetve adott kutató csoportból hányszor idézték egymást. Az idézettség minőségi elbírálásánál ez szempont lehet.

Használjuk ki az elektronikus úton történő közlés előnyeit (gyorsaság, hozzáférhetőség), gondosan ügyeljünk a megbízható (peer reviewed) elektronikus források és világháló helyek kiválasztására.

Tanulmányozzuk és kövessük a gyors közlés érdekében a folyóiratok szerzői utasításait, amelyek a Semmelweis Egyetem Központi Könyvtára honlapján vagy a cikk elhelyezésére kiszemelt lap honlapján elérhetők.

Minden kutatónak érdeke, hogy eredményeit a legismertebb és legjobb lapokban közölje. Egy adott eredmény elsőbbségének biztosítására, valamint a széleskörű tájékoztatásra a magas impakt faktor és immediacy index értékű lapok a legalkalmasabbak.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS Köszönetünket fejezzük ki Dr. Marton János igazgató úrnak (Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar Könyvtára) és Dr. Papp Csaba adjunktus úrnak (Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, 1.sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika) munkánk készítésekor nyújtott értékes tanácsaikért.

IRODALOM

1. Glasz T, Cseh I, Sebők J. A nőgyógyászati műtéti készítmények makroszkópos feldolgozása. A portio conisatio hatékonysága (információ áramlás klinikus és pathológus között). *Magy Nőorv L* 1998; 61:319.
1. Vasas L, Hercsel I. A tudományos tevékenység értékelése orvosi szak-könyvtáros szemmel. *Orv hetil* 2000; 141:1823-1828.
2. Garfield E. Citation indexes for science: a new dimension in documentation through association of ideas. *Science*, 1955; 122:108-111.
3. Garfield E. Citation analysis as a tool in journal evaluation. *Science* 1972; 178:471-479.
4. Garfield E. Journal impact factor: a brief review. *CMAJ-JAMC* 1999; 161:979-980.
5. Boda D, Varró V. Ajánlás a nemzetközi és hazai tudományos és szakirodalmi munkásság egységes értékelésére. *Orv Hetil* 1997; 138(44):2.
6. A Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Tudományok Osztálya állásfoglalása a hazai orvosi szakirodalmi tevékenység elismerését szolgáló mutató bevezetéséről. *Orv Hetil* 1998; 139(29): 1751-1752.
7. Journal Citation Reports: Information for new users impact factor [publ]. Institution of Scientific Information, London, 2000. CD-ROM.
8. Curti M, Pistotti V, Gabutti G, Klersy C. Impact factor and electronic versions of biomedical scientific journals. *Haematologica* 2001; 86:1015-1020. http://www.haematologica.it.2001_10/1015.htm
9. Seglen, Per O. Why the impact factor of journals should not be used for evaluating research. *Brit Med J* 1997; 314:498-502.
10. <http://www.prestigefactor.com/>
11. Amin M, Mabe M. Impact factors: use and abuse. <http://www.elsevier.com/locate/editors>
12. Say MY. The relationship between journal use in a medical library and citation use. *Bull Med Libr Assoc* 1998; 86:31-39.
13. Garfield E. How can impact factors be improved? *Brit Med J* 1996; 313:411-413.
14. Hecht F, Hecht BK, Sandberg AA. The journal "impact factor" a misnamed, misleading, misused measure. *Cancer Genet Cytogenet* 1998; 104:77-81.
15. Opthof T. Sense and nonsense about the impact factor. *Cardiovasc Res* 1997; 33:1-7.
16. Landis SH, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer Statistics, 1998. *CA-A Cancer J Clin* 1998; 48(1):6+.

Tájékozódás a nőgyógyászati onkológia elektronikus forrásai között

VASAS LÍVIA, HERCSEL IMRÉNÉ

Semmelweis Egyetem Központi Könyvtára, Budapest

ÖSSZEFOGLALÁS A világháló elterjedése, széleskörű használata megváltoztatta a tájékozódási gyakorlatot és egyben a könyvtárhasználatot is. Elképzelhetetlenül nagy mennyiségű, komoly értéket képviselő tudományos adat és sajnos nagyon sok tudománytalan, pontatlan, feltevéseken alapuló, nem kristályosodott ismeretanyag kerül a világhálóra. Ezek az adattárak drámaian megváltoztatták az irodalmi adatok keresését és fellelését, és az emészthetetlenül nagy mennyiségű adat között az érdeklődő megpróbálja eligazítani. Ma már egyetlen orvos, érdeklődő egészségügyi dolgozó sem nélkülözheti a világháló adta hihetetlen lehetőségeket. A tájékozódás azonban nem könnyű, összefoglaló munkánkban ebben akarunk irányvonalat mutatni.

Kulcsszavak orvosi irodalom, elektronikus források, nőgyógyászati onkológia

BEVEZETÉS A világháló (internet) elterjedése, széleskörű használata megváltoztatta a tájékozódási gyakorlatot és egyben a könyvtárhasználatot is (1). Elképzelhetetlenül nagy mennyiségű, komoly értéket képviselő tudományos adat és sajnos nagyon sok tudománytalan, pontatlan, feltevéseken alapuló, nem kristályosodott ismeretanyag kerül a világhálóra nap mint nap (2). Az orvostudomány számos szakterületének világhálón közzétett adatait főleg orvosok, egészségügyi szakemberek valamint egyetemi hallgatók keresik és hasznosítják, de nem hagyhatók figyelmen kívül azok sem, akik csak „szörfözgetnek” a számukra érdekesnek tűnő orvosi felvilágosításokért. Az orvosok szakmai tájékozódásának legfontosabb alapfeltétele a tudományterülethez tartozó valamennyi tájékoztatói forrás széleskörű ismerete, valamint a szorosan vett szakmai tájékozódás szempontjából fontos forrásanyagok lelőhelyeinek feltárása.

A tudományos kutatói igénnyel végzett forrásfeltárás annyiban egyértelmű, amennyiben a kutató maga képes meghatározni

Levelezési cím:

Vasas Livia
Semmelweis Egyetem
Központi Könyvtár
11 Budapest, Üllői út 26.
Távbeszélő: (36 1) 210 0278
Villanyposta: lvasas@lib.sote.hu

legpontosabban érdeklődését (3). Mivel a könyvtáros dolga a szakma sokrétűségének és fejlődésének forrásanyag szintű ismerete, cikkünkben kísérletet teszünk arra, hogy bemutassuk a világhálón fellelhető felvilágosítások sokszínűségét, elérhetőségét, valamint ízelítőt nyújtunk azokból, amelyek a szakemberek számára fontosak lehetnek, és segítik a célzott forrásfeltárást (4). A jelen közleményben közölt forrásanyagok jegyzéke azonban korántsem teljes, ezért minden bírálatot és kiegészítést köszönettel fogadunk.

Bár az elektronikus források a világhálón tartalmuk, szolgáltatásaik és a tájékoztatni kívánt olvasók szakképzettségét tekintve igen szerteágazóak, megkíséreltük rendszerbe szedni a vonatkozó forrásokat szolgáltatásaik szerint.

A SZAKMAI TÁJÉKOZÓDÁS ELEKTRONIKUS FORRÁSAI 1. Egészségügyi és tudományos keresők, 2. orvosi irodalmi adatok és teljes szövegű adattárak, 3. egészségügyi jegyzék oldalak és kapcsolódások (linkek), 4. elektronikus folyóiratok, könyvek, 5. vita anyagok és/vagy levelezési jegyzékek.

A nőgyógyászati onkológia előfordulási gyakoriságát néhány elektronikus forrás esetében minta keresésekkel vizsgáltuk. Keresőszó gyanánt a „gynecologic oncology”-t alkalmaztuk – ahol lehetett, tárgyszó gyanánt is.

A keresések a 2001. január 1-jétől november 15-ig terjedő időszakot ölelték fel. A folyamatosan felfrissített adattárak anyagait elemeztük.

EGÉSZSÉGÜGYI ÉS TUDOMÁNYOS KERESŐK Ezek a keresők – vagy keresőgépek – kiindulási pontként szolgálnak a világhálón történő szakmai, célzott tájékozódáshoz.

SUPER SEARCHERS ON HEALTH AND MEDICINE (<http://www.infoday.com/supersearchers/ssmed.htm>) Ez egy összekapcsolt adatgyűjtemény, olyan irodalmi hivatkozások gyűjteménye, amely 187 világhálós címet tartalmaz, 14 csoportba osztva. Ezek között van 16 orvostudományi honlap vagy „keresőmotor”, 16 zömmel betegközpontú honlap, a 4 legkeresettebb orvostudományi újdonság, 28 orvostudományi lap és hírlevél (newsletter), 10 orvosi vagy egészségtudományi társaság, 35 egyesült államokbeli szövetségi és állami egészségügyi-orvosi adattár, 26

egyéb adattár, adattár kibocsátók, illetve forgalmazók jegyzéke, és az elektronikus vitalehetőségek jegyzéke. Közülük néhány bejelentkezésköteles honlap. A 16 orvostudományi honlap és kereső közül próbakeresésre a „WebMedLit”-et választottuk ki (6), ahol a „gynecologic oncology” keresőszóra 92 találatot kaptunk (honlapokat, címeket és írásos anyagokat), a keresőszóhoz viszonyított előfordulás gyakorisága szerinti sorrendben.

SCIRUS <http://www.scirus.com/> egyetemes, tudományos keresőeszköz az Elsevier Science kiadásában. Előnye, hogy csak a tudományos tartalmú (egyetemi vagy szerzői) világhálókat vizsgálja. Bár nem korlátozódik az orvostudományra és határterületeire, de kiemelten kezeli azokat, és keresőszavak segítségével szakterületek kutatására is kiválóan alkalmas. „Gynecologic oncology” keresőszó bevitelére 10851 találatot adott. Leszűkítve a keresést honlapokra, 7137 találatot kaptunk. Ha tovább finomítunk a „gynecologic oncology”-ra mint tárgyszóra, a találatok száma „mindössze” 4458. Ezek vonatkozó hivatkozások, intézmények honlapjai, különböző frissítési időpontokkal.

IRODALOMJEGYZÉKI ÉS TELJES SZÖVEGŰ ORVOS- ÉS ÉLETTUDOMÁNYI ADATTÁRAK

EMBASE A MEDLINE mellett a legfontosabb orvostudományi irodalomjegyzéki adatbázis. Több, mint 1000, a MEDLINE-ban nem feltárt európai tudományos folyóiratot tart nyilván, ezek közül 3 magyar nőgyógyászattal és/vagy onkológiával foglalkozó időszaki kiadványt: Magyar Nőorvosok Lapja, CME Journal of Gynecologic Oncology, Pathology Oncology Research. Az OTKA könyvtártámogatási tervfeladat támogatott pályázata révén az összes magyarországi érdekelt felsőoktatási intézményben és orvostudományi kutatóintézetben rendelkezésre áll, s a Semmelweis Egyetem Központi Könyvtárának honlapjáról (<http://www.liv.sote.hu>) elérhető. A vizsgált időszakban „gynecologic oncology” keresőszóra 473 találatot adott, ugyanez a keresőszó közlemény címben 37 esetben fordult elő.

WEB OF SCIENCE (WOS) Az Institute for Scientific Information terméke. A három fő tudományterületből (bölcsészettudomány, természet- és műszaki tudomány, illetve társadalomtudomány) a természettudományi rész közel 6000 lapot elemez, és az irodalomjegyzéki adatokon túl az egyes közleményekre vonatkozó hivatkozásokat is tartalmazza. Értékét növeli, hogy hente frissítik, és így tartalmazza a legutóbbi adatokat is. Az EISZ-rendszer keretében az utolsó öt évfolyam az ország valamennyi felsőoktatási intézményében és az akadémiai intézetekben hozzáférhető a világhálón keresztül. Itt is megvizsgáltuk a „gynecologic oncology” előfordulását: szűrés nélkül 152 hivatkozás, közlemény címben 35 volt elérhető a vizsgált időszakban.

PUBMED (7) A MEDLINE világhálóról térítésmentesen hozzáférhető változata a National Library of Medicine (NLM) gondo-

zásában készül. MeSH böngészője megkönnyíti a szakok szerinti témakörökbe tartozó találatok kiválasztását.

CANCERLIT® (8) Irodalomjegyzéki adattár, amely a rákkal kapcsolatos irodalomból több, mint 1,5 millió idézetet és közlemény kivonatot tartalmaz. Az Amerikai Nemzeti Rák Intézet (NCI) Nemzetközi Rák Információs Központja (International Cancer Information Center) gondolja, havonta mintegy 8000 adattal bővül. A „gynecologic oncology” keresőszóra 207 hivatkozást adott.

SPRINGER FOLYÓIRATOK A Springer folyóiratok világháló kereső szolgáltatása <http://link.springer.de/search.htm>. A „gynecology and oncology” keresőkérdésre (egyszerű keresési módban) 114 találatot adott.

SCIENCE DIRECT Az EISZ rendszer keretében érhető el a WoS-hoz hasonló módon ugyanazon felhasználói kör számára. Az összes Elsevier kiadású folyóirat, a Pergamon és Academic Press kiadók válogatott folyóiratainak teljes szövegű, hálózaton keresztül való hozzáférést biztosítja. Lehet böngészni a folyóirat-füzetek tartalomjegyzékében, vagy szabad szavas kereséssel lehet a vonatkozó hivatkozásokhoz jutni. A „gynecologic oncology” tárgyszóra való keresésnél 49 adatot kaptunk.

EGÉSZSÉGÜGYI NÉVJEGYZÉK OLDALAK ÉS HIVATKOZÁSOK Az egészségügyi névjegyzék oldalak és hivatkozások tárháza színesebb, mint az előzőekben jellemzett, főleg tudományos igényű forrásoké.

GUIDE TO INTERNET RESOURCES FOR CANCER Több mint 100 világháló oldalon és 4259 hivatkozáson keresztül ad rákkal kapcsolatos felvilágosítást, külön csatlakozási pontokkal a nem szakemberek, az egészségügyi dolgozók és a kutatók számára. Rendszeresen frissítik (utolsó frissítés: 2001 november). Tartalmazza a legfontosabb daganatgyógyászati tárgyú szakfolyóiratok jegyzékét (181 tétel), továbbá a villanyposta és a vitalehetőségek jegyzékét (132 hivatkozás). Más hasznos, erre vonatkozó tájékoztatói lehetőségeket is kínál, többek között hivatkozásokat 9 nőgyógyászati ráktípusra. Egyéb felvilágosítás a honlapról kiindulva nyerhető (9).

HEALTHWEB A HealthWeb (10) több mint 20 nyugati orvostudományi könyvtár együttműködési vállalkozása szakmailag ellenőrzött orvos-egészségügyi adatok nyeresére és szolgáltatására. A honlapon feltüntetett címen megjelenő témakörökben lehet böngészni. Az „oncology” témakörben a <http://healthweb.org/search.cfm> világháló helyen feltett „gynecologic oncology” keresőkérdésre 9 hivatkozást adott.

OMNI – YOUR GUIDE TO QUALITY INTERNET RESOURCES IN HEALTH AND MEDICINE (11) Angol világháló források gyűjteménye az egészségügyi dolgozók és betegek számára is hasznos felvilágosításokkal és levelező jegyzékkel. A szakemberek a Biores (<http://bio-research.ac.uk>) kapun keresztül találhatnak keresőkérdésükre

hivatkozásokat. Ez a cím 6 találatot adott a nőgyógyászati onkológia keresőszóra.

LINKS OF INTEREST IN GYNECOLOGIC ONCOLOGY (12) Az International Gynecologic Cancer Society és az American Cancer Society által közreadott hivatkozások gyűjteménye. Közöttük az Oncolinks Gynecological Database (<http://www.Oncolink.com/>) adattárban 7 nőgyógyászati daganatfajta lehet adatokat keresni.

ELEKTRONIKUS FOLYÓIRATOK ÉS KÖNYVEK

ELEKTRONIKUS LAPOK GYŰJTEMÉNYEI ÉS SZOLGÁLTATÓI Ezek megkönnyítik az elektronikus forrásokra való keresést és sokszor a hozzáférést is. Tartalmukban és szolgáltatásaikban is mutatnak átfedéseket. A Pittsburghi Egyetem által közzétett <http://www.library.pitt.edu/resources/journals.html> világhálócímen, az Electronic Journal Aggregators and Services címszó alatt 26 elektronikus újsággyűjtemény és szolgáltató legfontosabb adatai érhetők el. Ugyanitt egyéb adatok mellett 4500 elektronikus újság cím szerinti jegyzéke is megtalálható. A <http://www.library.pitt.edu/research/tutorials/> világhálós oldalon pedig útmutató található a kereséshez. A PITTCAT (13) a Pittsburghi Egyetem könyvtárainak hálózati nyilvántartási rendszere.

Kizárólag elektronikus úton (nyomtatás nélkül) megjelenő onkológiai folyóiratok

1. Electronic Journal of Oncology (<http://www.elecjoncol.org/>) egy bírált és ellenőrzött (lektorált) világhálós folyóirat.

2. The Internet Journal of Oncology (<http://www.ispub.com/journals/ijo.htm>).

3. Breast Cancer Research (<http://breast-cancer-research.com/default/default.asp>).

Elektronikus folyóiratok nyomtatott változattal: az 1. táblázatban megadjuk néhány nőgyógyászati, illetve daganatgyógyászati folyóirat világháló címét. A megadott címeken a szükséges felvilágosítások megtalálhatók.

ELEKTRONIKUS KIADÁSÚ SZAKKÖNYVEK

1. REPRORISK A Micromedex Healthcare Series „szakkönyve”. Az adattár a Semmelweis Egyetem Központi Könyvtárának honlapjáról használható. A szülészeti és nőgyógyászati szakterület egyik legfontosabb, de talán kevésbé ismert teljes szövegű adattára. Gyógyszerek, vegyszerek, fizikai behatások és környezeti tényezők termékenységre gyakorolt hatásáról nyújt széles körű, naprakész felvilágosítást. Négy alegységből áll: a) Reptext adattár, b) Reptox Reproductive Hazard Information, c) Shepard's Catalogue of Teratogenic Agents és d) TERIS (Teratogen Information System). Mindegyik alegységhez kitűnő irodalomjegyzék csatlakozik, amelyek a „szakkönyvben” található adatok eredeti forrásmunkái. Az adatokat közlő nevét és villanyposta címét feltüntetjük, s szükség esetén kérdészi lehetőséget ajánlanak fel.

A nyitólapon olvashatjuk az adattárakra és a célszerű keresési módokra vonatkozó tájékoztatásokat. A keresőkérdés általában

1. Táblázat. Válogatott, nyomtatott és elektronikus változatban is megjelenő daganatgyógyászati és nőgyógyászati folyóiratok világháló címe és 2000-es impact faktorának értéke

Folyóirat címe	Világháló cím	Impact faktor
Anti Cancer Drugs	http://www.anti-cancerdrugs.com/	1,57
The Breast	http://www.harcourt-international.com/journals/brst/default.cfm?jhome.html	0,588
Breast Cancer Research and Treatment	http://www.wkap.nl/journalhome.htm/0167-6806	2,72
Cancer Biotherapy and Radiopharmaceuticals	http://www.liebertpub.com/cbr/default1.asp	0,989
Cancer Chemotherapy and Pharmacology	http://link.springer.de/link/service/journals/00280/index.htm	2,081
Clinical Oncology	http://link.springer.de/link/service/journals/00174/index.htm	
Gynecologic Oncology	http://www.apnet.com/www/journal/go.htm	1,972
Evidence-Based Obstetrics and Gynaecology	http://www.harcourt-international.com/journals/ebog/	
Integrative Cancer Therapies	http://www.sagepub.co.uk/frame.html?http://www.sagepub.co.uk/journals/details/j0391.html	
International Journal of Radiation Oncology Biology Physics	http://www.elsevier.com/locate/ijrobp	3,058
Investigational New Drugs, The Journal of New Anticancer Agents	http://www.wkap.nl/journalhome.htm/0167-6997	1,322
Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia	http://kapis.www.wkap.nl/journalhome.htm/1083-3021	2,493
Journal of the National Cancer Institute Online	http://jnci.oupjournals.org/	14,459
Lancet Oncology	http://www.thelancet.com/	
Pathology Oncology Research	http://www.harcourt-international.com/journals/paor/	
Psycho-Oncology	http://www.interscience.wiley.com/jpages/1057-9249/	
Seminars in Breast Disease: Diagnostic Imaging, Medical Oncology, Pathology, Radiation Oncology, Surgery	http://www.harcourthealth.com/fcgi-bin/displaypage.pl?isbn=10924450	
Teratogenesis, Carcinogenesis and Mutagenesis	http://www.interscience.wiley.com/jpages/0270-3211/	1,106

anyagnév, növénynév vagy valamely fizikai behatás neve. A leggyorsabban akkor kapunk választ keresőkérdésünkre, ha az Integrated Index System-ben dolgozunk, és a keresőszó bevitel után a Reproductive risk alcím alatt található REPRORISK alegységekbe lépünk. Csak azok az alegységek jelennek meg, amelyekben a keresőkérdésre vonatkozóan adatok vannak. Mindegyik alegységet célszerű végignézni, mert más-más szempontok jutnak bennük előtérbe, és mások a csatolt irodalmi hivatkozások. Ha nem ad mind a 4 alegység felvilágosítást, akkor több rokon értelmű (szinonim) néven is kell keresni, és annál a névnél folytatni a keresést, ahol a legtöbb alegység jelenik meg és kereshető. Ezt még akkor is ajánlatos megtenni, ha az adatok egy része fedi egymást.

A következőkben bemutatunk egy példát a Contergan néven is ismert, erős magzati károsodást okozó Thalidomide-re való keresésre. Ha a Contergan-ra keresünk, a Reproductive risk alatt csak 3 alegység ad tájékoztatást, a REPROTOX, a REPROTEXT és a SHEPARD's. Ha módosítjuk a keresőszót Thalidomide-ra, mind a 4 alegység szolgáltat adatokat. Azok az alegységek, amelyek mindkét keresőszóra válaszoltak, azonos választ/tájékoztatást adtak mindkét esetben. A kapott tájékoztatás röviden: a REPROTEXT közli a hatóanyag rokon értelmű neveit, azonosítóit, képletét, károsító hatását és a fogamzás/termékenységre vonatkozó kockázat besorolását, amely (A+). Nyolcvankilenc irodalmi hivatkozást ad meg és ugrópontot kereszthivatkozásokra. A REPROTOX leírást ad a hatóanyag történetéről és alkalmazásáról, továbbá utal az anyagcsere termékek esetleges szerepére a magzatkárosító hatás vonatkozásában 5 irodalmi hivatkozással. A SHEPARD'S ugyancsak közöl rokon értelmű neveket és azonosítókat (kevesebbet, mint a REPROTEXT), és 45 irodalmi hivatkozást ad meg. A TERIS az azonosító adatok után tömör összefoglalást ad az anyag gyógykezelési alkalmazásáról, majd meghatározza a magzatkárosodás kockázatának mértékét, és végül 29 irodalmi hivatkozás alapján a károsodásokat taglalja.

2. YEAR BOOK OF ONCOLOGY (<http://www.harcourthealth.com/fcgi-bin/displaypage.pl?isbn=10401741>) Az évente megjelenő kötet a daganatgyógyászat jelenlegi kérdéseivel foglalkozik, beleértve a nőgyógyászati onkológiát is.

3. PATHOLOGY MANUAL: GYNECOLOGIC ONCOLOGY GROUP (<http://www.vh.org/Providers/Textbooks/OBGYN/Oncology/PathologyManualHome.html>) Egy épület nélküli (virtuális) kórház honlapja, mely oktatási célokat szolgál.

4. GYNECOLOGIC ONCOLOGY (<http://www.gyn-oncology.org/>) A New York körzetében dolgozó gyakorló szakorvosok névsora mellett kézikönyvként és tankönyvként is használható adatokat tartalmaz. Része a kolposzkópiai atlasz (<http://www.gyn-oncology.org/colposcopy.htm>).

@VITALEHETŐSÉGI ÉS/VAGY LEVELEZÉSI JEGYZÉKEK Imaginis.com BREAST HEALTH NEWSLETTER ([lines/\) A nőgyógyászati onkológia területén dolgozó szakorvosok számára szolgáló tájékoztatás mellett a mell egészségvédelmével kapcsolatosan a nem szakmabelieknek is szól.](http://www.imaginis.com/pro/guide-</p></div><div data-bbox=)

BRACHYTHERAPY (<http://www.cetmc.com/>) és GYNECOLOGIC HDR BRACHYTHERAPY (<http://www.cetmc.com/gynecologic.html>) Mindkét utóbbi cím a California Endocurietherapy Cancer Center tájékoztatási kiadványa és levelezési jegyzéke.

GOG (GYNECOLOGIC ONCOLOGY GROUP) (<http://www.gog.org>) A nőgyógyászati onkológiával kapcsolatos kutatásokra és kezelésre szakosodott amerikai, több tudományágat magában foglaló szervezet.

FREE MEDICAL JOURNALS Világhálóról is elérhető a Matweb és onnan a genfi Maternité nőgyógyászati egészségügyi központ nőgyógyászati onkológiai adattára. (http://matweb.hcuge.ch/endo/cours_4e_mreg/Gynecologic_oncology_guidelines.htm) (http://matweb.hcuge.ch/Medical_journals/Oncology_journals.htm)

ÁLTALÁNOS TÁJÉKOZÓDÓ FORRÁSOK, MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI HONLAPOK Medicentrum (<http://www.medicentrum.hu/ph/>) Medilink (<http://www.medilink.hu/>)

MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI HONLAP (<http://www.medicine.iif.hu/>) Tartalmazza az egyetemek, országos intézetek, kórházak világháló címeit, valamint az oktatással, szakorvosképzéssel kapcsolatos forrásokat, és segítséget ad a magyar és külföldi orvostudományi szolgáltatások használatához is. GYÓGYINFOK statisztikai adatai, betegtájékoztatók, irodalomkutatási keresőrendszerek, hivatkozás gyűjtemények. Bemutatja az orvos-szakmai társaságok tevékenységét, illetve a társaságok folyóiratait.

EGÉSZSÉGÜGY + ÜZLET (<http://www.euuzlet.hu/>) Tartalmazza az egészségipar híreit, lapszemléket, cégek adatait és tájékoztatóit, rendezvényeket szakemberek számára és általános állampolgári tájékoztatóra alkalmas adatokat.

[HTTP://WWW.PHARMA-LEXICON.COM/](http://WWW.PHARMA-LEXICON.COM/) Orvosi és gyógyszerészeti témában ad eligazítást mintegy 35000 rövidítés feloldásáról. A „The Scientific World” pontra kattintva 40 millió tudományos cikk irodalomjegyzéki adatairól tájékozódhatunk.

ORVOSI KONGRESSZUSOK NAPTÁRAI

[HTTP://WWW.MEDICALIMAGINGMAG.COM/](http://WWW.MEDICALIMAGINGMAG.COM/) A „calendar” rovatában a 2001. év eseményeit mutatja be.

[HTTP://WWW.DOCGUIDE.COM/CRC.NSF/WEB-BYSPEC](http://WWW.DOCGUIDE.COM/CRC.NSF/WEB-BYSPEC) Tárgykörök szerint gyűjti össze a nemzetközi rendezvényeket és a kapcsolódó utazási felvilágosításokat.

INTERNATIONAL MEDICAL NEWSGROUP (<http://www.imng.com/>)

ORVOSTUDOMÁNYI FOLYÓIRATOK SZERZŐI UTASÍTÁSAI Ezek az utasítások a <http://www.mco.edu/lib/instr/libinsta.html> címen

találhatók, ahol részletes, teljes szövegű tájékoztatók vannak a közlési módokról és az egyes témakörök impakt faktorairól.

ZÁRÓ MEGJEGYZÉS A világhálós tájékozódás, az elektronikus források használata forradalmasította a hagyományos közlési formákat. Azonban a tudományos munkában továbbra is rendkívül fontos az adatok hitelessége s azok ellenőrzése (5). A „tudomány kapuőreinek”, a szerkesztőknek, bírálóknak csak látószólag csökken a szerepük, a megfelelő szakmai színvonal biztosítása továbbra is az ő feladatuk. Tevékenységük biztosítja egy közlési forrás szakmai hitelességét.

IRODALOM

1. Shaw A. Health on the Internet. *J R Soc Health* 2001; 121:145.
2. Dyer KA. Ethical challenges of medicine and health on the internet: a review. *J Med Internet Res* 2001; 3:E234.
3. Ellenberger B. Navigating physician resources on the Internet. *CMAJ* 1995; 152:1303-1307.
4. Guidance needed on the use of the internet. *BMJ* 1999; 319:1441.
5. Orlando L. Peer review under review. *Trends Neurosci.* 2001; 24:693.
6. WebMedLit. <http://www.webmedlit.com>.
7. PubMed. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>
8. Cancerlit URL. <http://cancerlit.nci.nih.gov/cancerlit.shtml>.
9. Guide to Internet resources for Cancer. <http://www.cancerindex.org/clinks1.htm>.
10. HeathWeb. <http://www.healthweb.org/>.
11. OMNI. <http://omni.ac.uk/>
12. Links of Interest in Gynecologic Oncology. <http://www.igcs.org/links.htm>.
13. PITTCAT. <http://www.library.pitt.edu/resources/#about>.

A Magyar Orvosi Bibliográfia (MOB) helyzete és jelentősége a hazai szakirodalmi tájékoztatásban

SZEKERES ZSUZSANNA

Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár (MEDINFO), Budapest

ÖSSZEFOGLALÁS A megfelelő egészségügyi és orvostudományi tájékoztatás és tájékozottság minden országnak alapvető érdeke. A tájékozott társadalom alapintézménye az adatokat gyűjtő, feltáró és a tájékoztatást nyújtó intézmény, a könyvtár. A szellemi értékek megőrzése, átörökítése, a közölt tudományos eredmények hasznosítása, továbbfejlesztése, a kiadványok számbavételi igénye egyidős az emberiség történetével. Ennek a feladatnak tesz eleget a könyvészet, idegen kifejezéssel bibliográfia, amely az alkotások, művek létéről és annak tartalmáról is tudósító tevékenység. A könyvészet története során számos kísérlet történt a teljes, egyetemes bibliográfia megalkotására, más szóval olyan egységes könyvészeti adattár készítésére, amelyben minden ország felelős a saját nemzeti bibliográfijáért. Ennek célja az, hogy a világon megjelent irodalmi munkák könyvészeti adatai nemzetközileg elfogadott, egységes formában a világon bárhol hozzáférhetőek legyenek. A Magyar Nemzeti Bibliográfiát az Országos Széchényi Könyvtár szervezi. Ennek részeként kerül kiadásra a Magyar Orvosi Bibliográfia az Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár (MEDINFO) gondozásában. A bibliográfia teljesre való törekvéssel dolgozza fel a hazai egészségügyi, orvostudományi és határterületi szaklapokban megjelent közleményeket, szakkönyveket, tudományos rendezvények bármilyen hordozón megjelenő szakirodalmát, a Magyarországon idegen nyelven megjelenő vonatkozó szakirodalmat. Nem kevésbé fontos, hogy a hazai tudományos eredményeket a külföld is megismerhesse. Ez ugyanis elősegítheti, hogy a világ valóságos képet alkothasson Magyarországról, és rendszeresen, korszerű módszerekkel megismerhesse a magyar tudomány és szellemi élet eredményeit. Ezt a célt szolgálja a Hungarian Medical Bibliography kiadása.

Kulcsszavak orvostudomány, egészségügy, tájékoztatás, könyvészet, bibliográfia, kiadványok

Levelezési cím:

Szekeres Zsuzsanna
Országos Egészségügyi Információs
Intézet és Könyvtár (MEDINFO)
1088 Budapest, Szentkirályi u. 21.
Távbeszélő: (36 1) 3176352 Távmasoló: (36 1) 2669710
Villanyposta: Szekeres.Zsuzsa@medinfo.hu

A CÉL A cél a „tájékozott ország”, azaz a tájékoztatást igénylő és az ahhoz szabadon hozzáférő állampolgárok országának megvalósítása.

A tájékozott társadalom alapintézménye az adatokat gyűjtő, feltáró és a tájékoztatást nyújtó intézmény, a könyvtár. „Az információs társadalom és a demokratikus jogállam működésének alapfeltétele a könyvtári rendszer, amelyen keresztül az információk szabadon, bárki számára hozzáférhetőek. A könyvtári ellátás fenntartása és fejlesztése az állampolgárok és a társadalom egésze szempontjából szükséges, a könyvtári és információs szolgáltatás állami fenntartása stratégiai jelentőségű. A könyvtárnak az állampolgárok érdekeit kell szolgálnia.”

A kulturális javak védelméről, a muzeális intézményekről, a nyilvános könyvtári ellátásról és a közművelődésről szóló 1997. évi CXL. törvény 59. §-a szabályozza a nyilvános könyvtári ellátás működésének feltételeit, és rendelkezik az Országos Dokumentumellátó Rendszer kialakításáról és működtetéséről. A könyvtárak a tájékoztatási rendszer legnagyobb adatszolgáltói. Tevékenységüket hálózatba szervezve az ésszerű munkamegosztás alapján kell végezniük, össze kell hangolniuk állomány- és adattár-építésüket. A tudományos és szakkönyvtári ellátás az országos szakkönyvtárak, az állami egyetemek könyvtárai és a nyilvános könyvtári ellátást vállaló egyéb szak- és felsőoktatási könyvtárak feladata. Követelmény a tájékoztatási hálózat tartalmi feltöltése, bővítése, formai és tartalmi feltárásának egységesítése.

A SZÁMBAVÉTELI, BIBLIOGRÁFIAI (KÖNYVÉSZETI) TEVÉKENYSÉG JELENTŐSÉGE Az emberi ismeret bizonyítékeként – bármilyen hordozón – megjelenő szellemi értékek megőrzése, átörökítése, a közölt tudományos eredmények hasznosítása, továbbfejlesztése, a kiadványok számbavételi igénye egyidős az emberiség történetével.

A könyvészet, idegen kifejezéssel bibliográfia, a mű létéről és annak tartalmáról is tudósító tevékenység. A könyvészet története során számos kísérlet történt a teljes, egyetemes bibliográfia megalkotására (1). Az Egyetemes Bibliográfiai Számbavétel (Universal Bibliographic Control) program célja, hogy olyan egységes könyvészeti adattár készüljön, amelyben min-

den ország felelős a saját nemzeti bibliográfiájáért. A cél, hogy a világon megjelent irodalmi munkák könyvészeti adatai nemzetközileg elfogadott, egységes formában a világon bárhol hozzáférhetőek legyenek.

Az irodalmi munkák tartalmi feltárásának különböző szintjei alakultak ki, melyben a könyvészeti adatközlést a tartalomra utaló tárgyszavak, tartalmi kivonatok (annotációk), tájékoztatók (referátumok), a művet vagy szerzőjét értékelő magyarázatok egészíthetik ki.

A NEMZETI BIBLIOGRÁFIAI RENDSZER ÉS A SZAKBIBLIOGRÁFIÁK Magyarországon a sajátos történelmi körülmények hatására a nemzeti bibliográfia műfaja később alakult ki (2). A Kurrens Magyar Nemzeti Bibliográfia, mely 1946. január 1-től az Országos Széchényi Könyvtár összeállításában készül, több fejlődési szakaszra bontható. 1977-től Magyar Nemzeti Bibliográfia címen kerül kiadásra, és magában foglalja a Könyvek Bibliográfiáját, a Zeneművek Bibliográfiáját, az Időszaki Kiadványok Bibliográfiáját, a Tankönyveket, a Külföldi Magyar Nyelvű Kiadványok kötetét és a Hungarika Irodalmi Szemle kiadványát.

A nemzeti bibliográfiai rendszer keretében gondoskodni kell a hazai kutatási eredmények összegzéséről és ezeknek a hazai felhasználók részére történő közvetítéséről, valamint a hazai eredmények külföldi megismertetéséről. E feladatok teljesítését a nemzeti bibliográfia nem vállalhatja, ezért szükség van a nemzeti szakbibliográfiákra is. A szakkönyvészeti tevékenység során az alábbi fő szempontokat kell szem előtt tartani: 1. A könyvészeti feldolgozás szintje alkalmazkodjon a szakemberek igényeihez, a felhasználó minél több, az irodalmi munka tartalmára utaló tájékoztatáshoz jusson. 2. A bibliográfia szerkezete vegye figyelembe a felhasználók keresési gyakorlatát. 3. A szakkönyvészet gyűjtőköre terjedjen ki a feldolgozandó szakterületen, bármely hordozón megjelenő szakirodalomra, különös tekintettel azokra, amelyeket nem vesz számba az általános nemzeti bibliográfia. 4. Az ország szakbibliográfia rendszerének folyamatos hozzáférést kell biztosítania mind a kortárs szakirodalomhoz, mind a visszamenőleges szakirodalomhoz.

AZ ORSZÁGOS EGÉSZSÉGÜGYI INFORMÁCIÓS INTÉZET ÉS KÖNYVTÁR TEVÉKENYSÉGE Az Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár (MEDINFO) az intézet Alapító okirata, valamint az 1997. évi CXL. kulturális törvény alapján az egészségügyi szakterület tájékoztatási központja, országos hatókörű szakkönyvtára, az Egészségügyi Világszervezet letéti könyvtára, része a magyar könyvtárak közötti Országos Dokumentumellátó Rendszernek.

Célja az Egészségügyi Minisztériumban, az egészségügyi intézményekben, az irányításban, a szervezésben, a gyógyító-megelőző tevékenységben, az ápolásban, a szociális ellátásban, az egészségnevelésben és fejlesztésben tevékenykedő

szakemberek, valamint a lakosság szakmai, szakirodalmi és közhasznú tájékoztatói igényeinek lehető legteljesebb kielégítése. Ennek érdekében a könyvtár teljességre törekvően gyűjti, feltárja, őrzi és szolgáltatja a magyar orvostudományi-egészségügyi és ezek határterületein, bármilyen tájékoztató-hordozón megjelenő szakirodalmat, és válogatja e területek külföldi szakirodalmát.

A MAGYAR ORVOSI BIBLIOGRÁFIA KIADÁSA Az Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár 1957-óta készíti és adja ki a Magyar Nemzeti Bibliográfiai rendszer részeként a Magyar Orvosi Bibliográfiát évente 6 számban, 1975-től különszámokkal. 1961-től ennek angol nyelvű változatát a Hungarian Medical Bibliography című kiadványt is megjelenteti, 1972-től évente 2 számban. A Magyar Orvosi Bibliográfia elsődleges, tudományos szakbibliográfia, melynek feldolgozása a feldolgozásra kerülő munkák személyes átnézésén és feldolgozásán alapszik. Évente 6 füzetben (év végén összesített név- és tárgymutató füzetekkel) jelenik meg. Jelenleg CD-ROM-on és a világhálón is hozzáférhető a MEDINFO honlapján keresztül, a www.medinfo.hu címen. A Hungarian Medical Bibliography kiadvány félévente kerül kiadásra, válogatott, összefoglalókkal ellátott angol nyelvű, a hazai kutatási és tudományos eredményeket bemutató szakbibliográfia, amely a világhálón és CD-ROM-on (számítógéppel olvasható adattár) is hozzáférhető.

ELŐZMÉNYEK Az Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár nemzeti bibliográfiai számbavételi tevékenységét az egészségügyi miniszter 14/1980. évi (Eü.K.9) Eü. M. számú utasítás 2.§ (I.) bekezdés e/ pontja megerősíti. Az Országos Széchényi Könyvtárral kötött együttműködési megállapodás alapján 1981-től a Magyar Nemzeti Bibliográfia Időszaki Kiadványok Repertóriumra nem dolgozza fel a hazai orvostudományi, egészségügyi és ezek határterületein megjelenő közleményeket: ezeket kizárólag a Magyar Orvosi Bibliográfia tartalmazza, ezért jelentősége felbecsülhetetlen.

A MAGYAR ORVOSI BIBLIOGRÁFIA GYŰJTŐKÖRE A bibliográfia teljességre való törekvéssel dolgozza fel a hazai egészségügyi, orvostudományi és határterületi szaklapokban megjelent közleményeket, szakkönyveket, tudományos rendezvények bármilyen hordozón megjelenő szakirodalmát, a Magyarországon idegen nyelven megjelenő vonatkozó szakirodalmat.

A MAGYAR ORVOSI BIBLIOGRÁFIA KÉSZÍTÉSE Kezdetben az évenként 6 füzetben megjelenő szakbibliográfiát kézi módszerekkel állították össze, majd évenként egybe kötötték. A bibliográfiai adatok sorrendje: szerző neve, a könyv, folyóirat címe, megjelenési adatok, illetve a közlemény címe és megjelenési adatai: évszám, évfolyam szám, füzettség, lapszám. A tételek csak egy szakban szerepeltek az ún. Magyar Orvosi Bibliográfia 30-as szakrend szerint a szerzők betűrendjében. A Magyar Orvosi Bibliográfia 30-as szakrendet az Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár dolgozói fejlesztették ki a

Magyar Szabványügyi Hivatal gondozásában álló Egyetemes Tizedes Osztályozás rendszerének alapján. A szakrendi osztályon belül betűrendes alosztás és folyamatos számozás található. (Például: 13-as szak: Sebészet. Alosztások: a. Műtéti előkészítés, Hibernálás, Sterilizálás, Varróanyagok, Posztoperatív szak, Utókezelés, Parenterális táplálás. b. Hasi sebészet. c. Szív- és érsebészet stb. – Magyar Orvosi Bibliográfia. XIV. évfolyam, 1970. 1. szám; Tartalomjegyzék.) Az eligazodást az osztályok elején található „lásd még” utaló is segítette. A feldolgozás kiterjedt a könyvek tartalmilag elemző feltárására, az állatorvostanra, orvostörténelemre, életrajzokra, tanulmányutakra, tudományos rendezvényekre, emlékbeszédekre és évfordulókra. Az egyes füzetek végén szerzői névmutató, tárgy-mutató és a feldolgozott szakfolyóiratok címjegyzéke látható.

A kongresszusok feldolgozása kiterjedt a hazai és a külföldi rendezvényekre. A 80-as években különszám jelent meg a tudományos rendezvények anyagáról. A könyvészeti adatok sorrendje: a kongresszusi kiadvány fő címeírása, melyet az előadások, kivonatok tartalmilag elemző címeírása követett, szerző(k) neve, munkahely, előadás címe, lapszám. A bibliográfiai egységeket folyószámmal (numerus currensis) látták el, a kötet végén a tételszámmal utaló név- és tárgymutató látható.

A Magyar Orvosi Bibliográfia számítógépes előállítása 1990-ben kezdődött, amelyet sok kritika ért a szakmabeliek részéről egyaránt (3). Az Országos Információs Intézet és Könyvtár (OIK) a szakmabeliek részéről javasolt feladatok egy részét a következő évben megvalósította, és elkészült „A magyar orvosi bibliográfiai rendszer leírása” című 11 oldalas anyag belső használatra. A Magyar Orvosi Bibliográfia füzetei használati útmutatót, betűrendes szakmutatót, betűrendes személynévmutatót tartalmaztak, közölték a feldolgozott időszak kiadványok betűrendes jegyzékét és a gyógyszerkészítmények betűrendes mutatóját. Az adattár a MICRO-CDS-ISIS adattárkezelő rendszerre épült, a kiadványok készítéséhez a Ventura rendszert használták.

A feldolgozás adatlapokra történt, ellenőrzés után az adatok számítógépes adatrögzítésre kerültek. Az adatlap tervezőinek kezét megkötötték a mágnesszalagos adatcsere követelményei, továbbá helyzetüket nehezítette a Magyar Orvosi Bibliográfia számára elsődleges fontosságú részletek, pl. könyvfejezetek leírási szabványának hiánya.

A MAGYAR ORVOSI BIBLIOGRÁFIA SZERKEZETE A Magyar Orvosi Bibliográfia évente hozzávetőlegesen 5000 tételt (tudományos munkát) dolgozott fel. A Magyar Orvosi Bibliográfia füzetei törzsrészre és mutatókra tagolódtak.

TÖRZSRÉSZ A teljes leírásokat tartalmazó törzsrész a közvetlen tartalmi visszakeresést szolgálta. Ennek megfelelően a törzsrész a betűrendbe rendezett tárgyszavak alatt közölte az egyes tételek bibliográfiai leírásait. A tételek egy éven belül folyama-

tosan számozottak. Ha egy tudományos munkát több tárgyszó alatt is ismertettek, a teljes leírás csak a betűrendben először következő tárgyszó alatt szerepelt. A további tárgyszavaknál címutaló található.

TÉTELEK A Magyar Orvosi Bibliográfia tárgyszerű, leírásos és tartalmilag elemző szintű könyvészeti leírásokból, valamint utaló tételekből állt. Fajtái: utaló a címről (címutaló), a névről (névutaló), a fő tárgyszóról történő leírásra (fő tárgyszó utaló, deskriptor), az altárgyszóról a fő tárgyszóra utaló (tárgyszó utaló). A könyvészeti leírások megfeleltek a hazai szabványoknak, a nemzetközi követelményeknek. A feldolgozás elsődlegesen adatlapokra történt, majd az ellenőrzés után az adatok számítógépes rögzítésre kerültek. Az adattár könyvészeti adatokat, tárgyszavakat, esetenként magyar és angol nyelvű ismertetéseket tartalmazott. Főrésszel és kereső rendszerrel rendelkezett.

MUTATÓK 1. Szakrendi mutató. A szakrendi mutató (tárgymutató) tételei a szakutalók az adott kiadvány törzsrészében előforduló tárgyszavakról. A tételek az adott tárgyszavak kódjai szerint rendezettek. A leírásra utaló adat maga a tárgyszó, amely a törzsrészbeli betűrendi helye alapján vezet el a hozzá tartozó bibliográfiai tételekhez. Az éves összesített szakmutatóban a tárgyszót kiegészíti a füzetszám, amelyben az adott tárgyszó előfordul. 2. Névmutató. A betűrendes mutató tételei a névutalók, a szerzők, közreműködők nevével, a nevek betűrendjében látható. A nem szerzői, hanem tárgyi minőségben szereplő neveket eltérő írásmóddal különböztették meg. 3. A feldolgozott kiadványok jegyzéke. Azoknak a kiadványoknak a címét és adatait (év, évfolyam és szám) tartalmazza, amelyek a Magyar Orvosi Bibliográfia adott számában elemző ismertetésre kerültek. Besorolási rendje a címek betűrendje.

A feldolgozott gyűjteményes kötetek mutatója a részletes leírásban megadott gyűjteménycímhez azt a tételszámot, füzetszámot adja meg, amely alatt a gyűjtemény teljes szöveges leírása megtalálható.

KERESÉS A keresés történhetett formai és tartalmi feltárás alapján. A könyvtári feldolgozás tartalmi feltárásának különböző szintjei ismeretesek. Az osztályozási eljárások a tudományos munkák és a tájékoztatás széles besorolási rendjét teszik lehetővé. A könyvtári osztályozás alapvető célja, hogy biztosítsa a felhasználók számára szükséges tudományos munkák és tájékoztatási adatok több szempontú visszakeresését. Azt az eszközt, amellyel az osztályozást végezzük osztályozási rendszernek, illetve kereső nyelvnek nevezzük. Az osztályozási nyelv lehet természetes, illetve szabályozott nyelvű. Természetes nyelvű az osztályozási rendszer akkor is, ha az osztályozási kifejezéseket a tudományos munka eredeti szövegéből emeljük ki változtatás nélkül, vagy esetleg a kifejezéseket annyiban változtatjuk meg, hogy a szavakat alanyesetben tüntetjük fel. Az így nyert kifejezéseket kulcsszónak nevezzük (4).

A „tájékoztató fogalomtár” (információs teaurusz) egy-egy szakterület természetes nyelven kifejezett fogalmainak szabályozott, szükség szerint változtatható szótára, amely feltünteti a fogalmak közötti legfontosabb logikai kapcsolatokat is (5). A fogalmak közötti kapcsolatok feltüntetése nagyban elősegíti az osztályozás és visszakeresés minőségét. A fogalomtár (teaurusz) főrészből, jelentéskörök szerinti részből, rangsor szerinti és ábrázoló részből állhat. A főrészt számítógépes vezérszavak (deszkriptorok) és nem kinevezett tárgyszavak alkotják teljes kapcsolati rendszerükkel együtt, betűrendes elrendezésben. A fogalomláncban a főfogászó közvetlen kapcsolatait jelöljük. A fogalomtár rangsor szerinti része a vezérszavak közötti kapcsolódás formáit mutatja az általános fogalomból kiindulva a legrészletezettebb fogalomig. Az osztályozási rész általában alá- és fölrendeltséget mutat. A grafikus rész a feltárt ismeretág legfontosabb fogalmait és azok kapcsolatait grafikus ábrákban mutatja be. A fogalomtár kiegészítő részében találhatóak az intézménynevek, földrajzi nevek, a munkák formai jegyeit kifejező fogalmak. A felhasználói kérések meghatározott adatokra irányulnak, ezért olyan osztályozási rendszerekre van szükség, amelyek a kérdéseknek megfelelő mélységű tartalmi feltárást tesznek lehetővé.

A SZÁMÍTÓGÉPPLE ELŐÁLLÍTOTT MAGYAR ORVOSI BIBLIOGRÁFIA KERESŐNYELVE Az Országos Egészségügyi (korábban Orvostudományi) Információs Intézet és Könyvtár szakmai vezetői a 80-as évek derekán úgy döntöttek, hogy az orvostudományegészségügyi szakterület információkereső nyelveként a National Library of Medicine által kidolgozott és folyamatosan frissített „Medical Subject Headings” (MeSH) fogalomtárat fogják használni. Mintaként a sokak által jól ismert „Index Medicus” című amerikai kiadvány szolgált. Ezért az intézet munkatársai a MeSH 1987. évi kiadását fordították le, amely hozzávetőlegesen 36000 kifejezés magyarítását jelentette.

A MeSH fogalomtár az egészségügyi-orvostudományi és ezek határterületi szakirodalmának legjobb keresőnyelveként tartják számon. A fogalomtár fordítását a szocialista országok közül először a Szovjetunióban végezték el, majd követték a lengyelek. Ma már a szlovének, svédek, finnek is a MeSH tárgyszavakat használják. A rendkívül gyorsan fejlődő orvostudományt, egészségügyi szakterületet feltáró fogalomtár honosítása, frissítése nem történhetett meg szakszerűen, mert nem álltak rendelkezésre az ehhez szükséges szakmai, módszertani és pénzügyi feltételek. A tárgyszavazás a vezérszavak és azok kapcsolatait mutató modifikátorok számkódjainak és a magyar megfelelőinek adatlapra vezetéséből állt. A tárgyszavazó adta meg a szabad tárgyszavakat, a termék és gyártó megnevezéseket.

Egy-egy füzet állománya került számítógépes feldolgozásra, melynek során az ellenőrző lista segítségével javították ki az adatrögzítési hibákat is. A Magyar Orvosi Bibliográfia füzeteiben, az egymást megfelelő betűrendben követő orvosi, gyógy- szervezési szakkifejezések alatt találhatóak meg a feldolgo-

zott források azonosításához szükséges bibliográfiai tételek. Egy-egy bibliográfiai tétel a tartalmi összefüggéseket figyelembe véve, több tárgyszóval is jellemezhető. A tárgyszavazás-kor a szakemberek a közlemények tartalmát leginkább tartalmazó specifikus tárgyszavakat választották ki, gyűjtőfogalmakat nem szerepeltettek. Egy-egy tárgyszó alatt altárgyszó látható, amely a fogalmak pontosabb értelmezését volt hivatott elősegíteni. (Például: Tárgyszó: BÉLDAGANATOK, altárgyszó: Diagnózis.)

A füzetek a „Betűrendes szerzői névmutatót” és „A feldolgozott időszaki kiadványok betűrendes jegyzékét” tartalmazták. A kiadvány főrésze tárgyszavakat, tárgyszó utalókat, tételszámmal ellátott bibliográfiai leírásokat, címutalókat sorolt fel. Az Index Medicusban jól látható volt az alkalmazott altárgyszavak csoportosító szerepe, a Magyar Orvosi Bibliográfia füzeteiben a csoportosításnak ez a segítő jellege a tárgyszó alatt található tételekre vonatkozóan nem mindig igaz. Az 1993-as év első számától kezdve a főcím fölött jelölték az adott dokumentumra vonatkozó összes tárgyszót. A teljes bibliográfiai leírás csak az egyik tárgyszónál található meg, a továbbiaknál utalás látható a tételszám jelölésével. A bibliográfiai leírásban szereplő cím és az indexelő által kiválasztott tárgyszavak együttesen határozzák meg a dokumentum szakmai tartalmát.

A MAGYAR ORVOSI BIBLIOGRÁFIA ELŐÁLLÍTÁSA AZ ORACLE-OLIB ÖSSZEKAPCSOLT KÖNYVTÁRI RENDSZERBEN 1996-ban PHARE segítségével megvalósult tájékoztató-módszertani fejlesztés keretében telepítésre került az ORACLE-OLIB egybekapcsolt könyvtári rendszer. A Magyar Orvosi Bibliográfia 1990-től MICRO-CDS-ISIS-ben készült bibliográfiai adatállománya került ebbe az új könyvtári rendszerbe. A MeSH adattárát nem sikerült átültetni. Csak az 1990-től készült füzetek anyaga került áttöltésre. Ezzel az eljárással az ebben az időszakban használt tárgyszavak jegyzékét nyerték, mindenféle kapcsolati jelölés nélkül, ez jelenleg hozzávetőlegesen 6500 magyarított MeSH kifejezést jelent.

Az Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár Bibliográfiai Osztályán dolgozók több kísérletet tettek a korábbi MeSH fogalomtár szakszerű magyarítása, valamint az egészségügyi-orvostudományi szakterület keresőnyelvének ki-munkálása érdekében, de a saját fejlesztésű tárgyszókészlet igazi fogalomtárrá nem fejlődött. A különböző értelmű (homonim) és rokon értelmű (szinonim) szavak meghatározása, a szöbokok képzése, a nyelvi- és leírási egységesítés nem történt meg.

Az összekapcsolt könyvtári rendszerhez tartozó kiadványkészítő modul anyagi okok miatt nem kerülhetett telepítésre, ezért a kiadvány a továbbiakban is a korábbi MICRO-CDS-ISIS-ből fejlesztett eljárással készült. 2001-től az OLIB-rendszerhez illesztett kiadványkészítő program is segítette a munkát. Ez a program lehetőséget ad a helyi elektronikus tárolásra és visszakeresésre is.

A Magyar Orvosi Bibliográfia változatlanul az Országos Széchényi Könyvtárral kötött együttműködési megállapodásban foglaltak alapján, teljességre való törekvéssel dolgozza fel a hazai, bármilyen hordozón megjelenő szakterületi szakirodalmat. A feldolgozás az Állomány-feltárási Szabályzatban foglaltak alapján, a hazai és nemzetközi szabványok figyelembevételével történik. Évente hozzávetőlegesen 4500 tétellel bővül. A tartalmi feltárás az említett tárgyszókészletben található kifejezésekkel megy végbe, a feltárást végzők esetenként ma is az 1987-es MesH fordítást veszik segítségül. Ez a készlet mind a szakszerű feltárást, mind a gyors, pontos visszakeresést nehezíti. A több szempontú visszakeresést a kulcsszavas keresetőség pontosítja. Ha a tartalmi feltárást végző nem talál megfelelő tárgyszót, akkor megkeresi az 1987-es MesH fordításban lévő megfelelő kifejezést, és azt alkalmazza. Amennyiben ilyen tárgyszó nem szerepel, akkor a folyamatosság biztosítása érdekében az ennek megfelelő nagy gyűjtőfogalmat használja. Ez alól természetesen kivétel, ha pontosan a magyar viszonyokra jellemző kifejezést kell alkotni, pl. OEP (Országos Egészségbiztosítási Pénztár). A kettős vak, véletlenszerűen bevásárolt, ellenőrzött kutatások, a módszertani levelek és ajánlások, az Európai Közösség, az Egészségügyi Világszervezet jelzeteket különös figyelemmel kell feltüntetni.

HUNGARIAN MEDICAL BIBLIOGRAPHY A kortárs szakbibliográfiai rendszeren belül gondoskodni kell arról, hogy a hazai tudományos eredményeket a külföld is megismerhesse. Ez elősegítheti, hogy a világ valóságos képet alkothasson Magyarországról és rendszeresen, korszerű módszerekkel megismerhesse a magyar tudomány és szellemi élet eredményeit. Ennek legelterjedtebb eszköze az egy vagy több nyelven megjelenő válogatott bibliográfia, amely a jelentős eredményekről tudósító, hazai kutatási eredményeket bemutató közleményeket dolgozza fel. Az önállóan előállított bibliográfiák mellett a hazai eredmények megismertetését segíti, ha a nemzetközi rendszerekhez kapcsolódhatunk. Ennek érdekében az oxfordi Cochrane Központtal kötött együttműködés keretében küldjük meg fél-évente a Magyarországon feldolgozott kettős vak, véletlenszerűen bevásárolt (randomizált) kutatások anyagát.

A MAGYAR ORVOSI BIBLIOGRÁFIA FÜZETEI MA A bibliográfia főrésze csak az adott időszak anyagára vonatkozó tárgyszavak betűrendjében közli a teljes bibliográfiai leírásokat a tételszámok sorrendjében. Egy bibliográfiai tétel több tárgyszó alatt is megtalálható. Az orvostudományra, gyógyításra vonatkozó tárgyszavak latinos, a vegyészetre vonatkozó tárgyszavak magyaros írásmóddal szerepelnek, tartalmi kivonatok csak az adattárban olvashatóak. A bibliográfiában való keresést, a tárgymutató, a névmutató és a feltárt időszaki kiadványok jegyzéke segíti.

A Magyar Orvosi Bibliográfia (OLIB) elektronikus adattárában 1990-től kereshető a hazai szakirodalom, hozzávetőlegesen 50000 tételt tartalmaz, Az adattár elérhető az MEDINFO honlapján keresztül a www.medinfo.hu címen és CD-ROM-on

(számítógéppel olvasható adatbázis) is. A bibliográfiai adatok HUNMARC formátumban letölthetőek.

A MAGYAR ORVOSI BIBLIOGRÁFIA ÉS A HUNGARIAN MEDICAL BIBLIOGRAPHY JELENTŐSÉGE Az orvostudományi-egészségügyi szakterület országos szakkönyvtárának elsődleges feladata a Magyar Orvosi Bibliográfia építésével, hogy lehetővé tegye az egészségügyi irányítók, az egészségügyben tevékenykedő orvosok, szakdolgozók, az oktatásban résztvevő oktatók és oktatottak, valamint a lakosság szakszerű, nemzetközileg egységes keresőnyelven és korszerű tájékoztatási módszereken alapuló, kortárs és korábbi szakirodalmi és szakmai tájékozódását, amely az Európai Közösséghez történő csatlakozás miatt még nagyobb fontossággal bír. Az Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár által nyújtandó, folyamatos, személyre szóló szakmai és szakirodalmi szolgáltatások igénybevételét, az egészségügyi intézményekben lévő helyi adattárak kialakítását, a „virtuális” könyvtárak építését az egészségügy egységesített, rendszerezett fogalomtárának megalkotása és széles körben történő elterjesztése nagymértékben támogatná. Az Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár – többek között – e feladatvégzéssel segítheti elő a népegészségügyi programban és a kulturális törvényben foglaltak megvalósulását.

IRODALOM

1997. évi CXL. törvény a kulturális javak védelméről és a muzeális intézményekről, a nyilvános könyvtári ellátásról és a közművelődésről. Magyar Közlöny 1997. 112. sz.
- Környei M. Könyvtári osztályozás. - Budapest, Tankönyvek. 1990:95.
- Vajda E. A számítógéppel készült Magyar Orvosi Bibliográfia. Könyvtáros, 1991; 5:304-306.
- Pálvölgyi M. Információfeldolgozás, információ keresőnyelvek. Szombathely, BDTF, 1998:327.
- MSZ 3433-1988 Szakirodalmi tájékoztató kiadványok szerkesztési és alaki követelményei. Budapest, 1989:19.
- Magyar Orvosi Bibliográfia. Budapesti Országos Orvostudományi Könyvtár és Dokumentációs Központ, 1970; 14.
- Magyar Orvosi Bibliográfia. Budapesti Országos Orvostudományi Könyvtár és Dokumentációs Központ. 1991; 35/2.
- Magyar Orvosi Bibliográfia. Budapesti Országos Orvostudományi Könyvtár és Dokumentációs Központ. 2001; 45:7321-9198.
- Medical Subject Headings fordítása, 1987.
- Környei M. Könyvtári osztályozás. Budapesti Nemzeti Tankönyvkiadó, 1989; 1:993.
- Barátné Hajdú Á, Babiczky B. Bevezetés az információkereső nyelvek elméletébe és gyakorlatába. Budapesti Universitas Kiadó, 1998:224.
- Szabó S. A szakbibliográfia helyzete. Könyvtári Figyelő 1990; 5-6:493.
- Ungváry R. Tezaurusz a felhasználói felületen. Az optimális tezauruszmegjelenítés problémái. Tudományos és Műszaki Tájékoztatás, 2001; 3:99.

14. Szekeres Zs. Az Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár helye és szerepe az Országos Szakirodalmi Információs Rendszerben. Budapest 1995.

15. Szekeres Zs. A MEDLINE és az EXCERPTA MEDICA CD-ROM bibliográfiai adatbázisok használatának összehasonlító elemzése. Budapest, 1995.

16. Szekeres Zs. MEH-IKB SZT-IS-10 pályázat Elektronikus kommunikációs fórum létrehozása az egészségügyi szakterület szakirodalmának feltárását szolgáló egységesített, rendszerezett fogalomtár megalkotása érdekében. Budapest, MEDINFO, 2001.

ADALÉK *Zimmermann Hedvig (Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár, Budapest)*

SZAKIRODALMI KUTATÁS A FÜZETES ÉS AZ ORACLE-OLIB MAGYAR ORVOSI BIBLIOGRÁFIA ADATTÁRBAN

KERESÉS A MAGYAR ORVOSI BIBLIOGRÁFIA FÜZETEIBEN A Magyar Orvosi Bibliográfia füzetei is lehetővé teszik a több szempontú visszakeresést. Amennyiben egy bizonyos személy irodalmi jegyzékét szeretnénk összeállítani, elég a név és tárgymutató kötetet évente elővenni, és sorra venni a keresett névhez tartozó tételszámokat. Ha egy téma irodalmi vonatkozásait szeretnénk összeállítani, akkor végig kell gondolni és kiválasztani a legmegfelelőbb tárgyszavakat. Ezután évente hat füzetet kell végignézni a megfelelő tárgyszavak alatt. Ha nagyon egyértelmű a keresés témája, akkor elég, ha az évi összesített tárgyszó-jegyzékben a tételeket átnézzük, és ott válogatunk.

A bibliográfiák kiegészítéséhez, az intézeti, kórházi bibliográfiák megszerkesztéséhez, használhatjuk a Magyar Orvosi Bibliográfia füzetében lévő könyvek tartalmi elemzését.

Az intézetek és kórházak jubileumi kiadványainak készítéséhez hasznos a hazai és külföldi kongresszusok anyagának bibliográfiai leírása, a nyolcvanas években külön „különszám” kötetként jelent meg, önálló tételszámozással, megadva a szerző munkahelyét is.

KERESÉS AZ ORACLE-OLIB RENDSZERREL KEZELT MAGYAR ORVOSI BIBLIOGRÁFIÁBAN Ha egy meghatározott témakörre vagyunk kíváncsiak, a kulcsszavas vagy a tárgyszavas keresést használjuk. Amennyiben egy meghatározott irodalmi munkát keresünk, és ismeretesek a szerző vagy a cím vagy mindkettő adatai, akkor a cím és szerző szerinti keresést alkalmazzuk. Lehetőségek összekapcsolt keresések is, valamint korlátozhatjuk keresésünket időre és a tudományos munka fajtája szerint is. Az osztályozási jelzetre való keresés sajtósági szempontok szerinti lekeresést tesz lehetővé.

1. **KULCSSZAVAS KERESÉS** A kulcsszavas keresés a legrugalmasabb WebView keresési lehetőség, mivel a megadott kereső kifejezést nemcsak a tárgyszó katalógusban keresi, hanem minden

katalógusban lévő rekord címét, alcímét, sorozati címét és kiadványát is átvizsgálja. Az összetett kulcsszavas keresés hasonlóképpen működik, mint a kulcsszavas keresés, de lehetőséget biztosít arra, hogy a kereső kérdést a kiadás idejének és a keresett munka típusának megadásával szűkítse. Például akkor használhatjuk az összetett kulcsszavas keresést, ha egy inzulinnal kezelt cukorbetegségről szóló folyóiratcikket keresünk, amely 1990 és 1996 között jelent meg. Kulcsszóra való kereséssel indulunk, és a témát a legmegfelelőbb tétel tárgyszavának továbbgördítésével közelítjük meg. Amennyiben tudjuk, hogy a témával mely személyek foglalkoznak, még kiegészítjük a szerzőre kereséssel.

2. **TÁRGYSZÓ SZERINTI KERESÉS** Ez a keresés lehetővé teszi, hogy böngésszünk a tárgyszó-jegyzékben. Ha kiválasztunk egy tárgyszót a jegyzékből, akkor továbblépve megkapjuk a megfelelő adat-jegyzéket. A finomításra itt is van lehetőség.

3. **CÍM ÉS SZERZŐ SZERINTI KERESÉS** Ha ismerjük a keresendő tudományos munka címét és szerzőjét, a szerző/cím szerinti keresés a leggyorsabb mód a keresett mű megtalálására. Például, ha a Szívelégtelenség című könyvet keressük Cserhalmi nevű szerzőtől, adjuk meg a mű címeként a Szívelégtelenség szót és szerzőként a Cserhalmi nevet. Így gyorsabban találjuk meg, mintha a szívelégtelenségre, mint tárgyszóra és Cserhalmira, mint szerzőre keresnénk. Ha nem biztos a cím szavainak sorrendje akkor % jellel csonkolunk. A szerző kifejezés olyan alkotó személyekre vonatkozik, akik a mű szellemi tartalmához hozzájárultak, tehát nem csak írókra, hanem szerkesztőkre, összeállítókra stb. is. Amennyiben a cím mezőbe a folyóiratok címét írjuk, úgy megkapjuk a címhez tartozó füzeteket, és a füzetre kattintva a benne lévő cikkek jegyzéke jelenik meg, amely felfogható a füzet tartalomjegyzékének is. Így nincs szükség arra, hogy a polcokon végiglapozzunk a füzeteket, hanem a füzetek között a rendszerben is lehet böngészni. A szerző szerinti keresés alkalmas megadott személyek irodalmi munkásságának megszerkesztéséhez is.

4. **OSZTÁLYOZÁSI JELZETRE VALÓ KERESÉS** Az osztályozási jelzetre való keresés sajtósági szempontok szerinti keresést tesz lehetővé. Az osztályozási jelzet mezőbe be kell írni a keresett adatcsoport osztályozási jelzetét. A legfontosabb osztályozási jelzetek: 1. módszertani levél, ajánlás, 2. gyógyszerek, illetve hatóanyagok, 3. gyarapodási jegyzék (GY/év utolsó két szám/hónap száma, pl. GY0006), 4. Magyar Orvosi Bibliográfia füzetek száma (MOB/év utolsó két száma, 2000. évben 2000/füzetek száma, pl. MOB 9905), 5. HMB füzetek (a Magyar Orvosi Bibliográfiának megfelelően), 6. Cochrane adatbázis cikkei (C/év utolsó két száma/hónap száma). A kiadvány készítő program segítségével egy-egy szakmai illetve szerzői bibliográfia készíthető.

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Az Avemar hatásmódja (3) – jelátviteli folyamatok és anyagcsere

TELEKES ANDRÁS DR., HIDVÉGI MÁTÉ DR.

Biomedicina Rt., Budapest

BEVEZETÉS A korábbiakban összefoglaltuk az Avemar rákellenes hatásait igazoló állatkísérletek és klinikai vizsgálat eredményeit (1), illetve az immunológiai hatásokat (2). Jelen közleményben az Avemar anyagcserére és a sejtek jelátviteli folyamataira kifejtett hatásait ismertetjük.

ÁLTALÁNOS ISMERETEK Az emlős sejt genetikai programja, mai elképzeléseink szerint, szabályozza a sejt teljes életszakaszát, beleértve a differenciálódást (azaz a sejt válaszkészségét sajátos ligandok hatásaira), illetve a tervezett sejthalált is. A sejtfelületi kötőhelyekhez (receptorokhoz) kötődő ligandok az adott sejtre, illetve kötőhelyre jellegzetes sejten belüli hatásokat okoznak. A sejten kívül bekövetkezett kötőhely-ligand kötődés és a sejten belüli biológiai hatás között jelátviteli folyamat, más szóval információáramlás vagy jelátvitel (szignál transzdukció) történik. Ilyen jelátviteli folyamatok szabályozzák a sejt egész működését, anyagcseréjét és adott esetben pusztulását is. A kívülről érkező jelekre adott fajlagos válasz a sejt génállománya által befolyásolt és szabályozott. A genetikai program tehát, értelemszerűen, behatárolja a sejt anyagcsere képességét és annak egyedi jellegzetességeit (metabolikus profil) is, mivel ez alapvetően függ a sejt differenciálódásától. A sejtek anyagcsere formájának ismerete, illetve egyes behatásokra bekövetkezett változásainak mérése a gyógyszerfejlesztések kiindulópontjává váltak. Az új daganatellenes szerek fejlesztését is nagyban elősegíti a szabályos és daganatos sejtek anyagcsere jellegzetességeinek feltérképezése, illetve hatékony gyógyszerek által okozott anyagcsere változások mérése, mivel ezen adatok alapján új kezelési célpontok jelölhetők ki.

A tervezett sejthalál (apoptózis) különböző gének összehangolt működését igényli, és éppen ebben tér el a sejt egyéb okokból bekövetkezett pusztulási módozataitól (pl. a sejt „nekrozisa” a

sejten belüli anyagcsere összeomlását, a sejt szétesett működését jelenti). A tervezett sejthalál jellegzetes sejtszerkezeti változásokkal jár, (pl. kromatin tömörülés, szétdarabolódás). A sejt úgy pusztul el, hogy a környező sejtek életképességét nem befolyásolja (az egyéb módon elpusztult sejtek ezzel szemben rendszerint környezetüket is negatív módon befolyásolják). A daganatok egy részében a tervezett sejthalál magától is bekövetkezik, de a gyógyszer- és sugárkezelés vagy immunkezelés is előidézheti azt. A fentiekből következik, hogy csak a daganatsejtek tervezett sejthalálát kiváltó szerek képesek „kíméletesen” elpusztítani a daganatot, a környező egészséges sejtek elpusztítása, károsítása nélkül.

AVEMAR HATÁSA A JELÁTVITELI ÉS ANYAGCSERE FOLYAMATOKRA

Az általános ismertetés után nézzük meg az Avemar hatását a fentiekben felvázolt rendszerekre. A CD45 egy erősen glikolizált, a fehérvérsejtek felszínén nagymértékben kifejeződő kötőhely (expresszált receptor), amely a sejten belüli foszfátáz működéssel rendelkezik. A CD45 alapvető szerepet játszik a fehérvérsejtek sejten belüli jelátvitelében. Az Avemar csökkenti a CD45 foszfátáz működését Jurkat-T-sejtvonalon. Az Avemar CD45 hiányos Jurkat-sejtekben is a szülői sejtvonalhoz hasonló mértékű tervezett sejthalált okoz, ami arra utal, hogy az Avemar tervezett sejthalált előidéző hatása nem a CD45 rendszeren keresztül valósul meg (3). Fontos, hogy az Avemar tervezett sejthalált előidéző hatása daganat-jellegzetes, mivel a környéki vér egymagvúsejtjeit (periferal blood monocytes, PBM) nem pusztítja, amint ezt a DNS, illetve a FACS elemzés bizonyítja. A fehérvérsejtek sejtosztódását serkentő (poliklonális mitogén) fitohemagglutinin által kiváltott PBM sejtsszaporodást azonban az Avemar mennyiségfüggő módon gátolja. Ez azt bizonyítja, hogy az Avemar okozta sejtsszaporodás gátlás és a tervezett sejthalál kiváltása egymástól eltérő módon következik be (4).

Ugyancsak Jurkat-sejteken vizsgálták az Avemar hatását a sejten belüli kalcium mennyiségre. Avemar hatására korai és átmeneti sejten belüli Ca^{2+} emelkedés alakul ki. Ennek hátterében teljes mértékben a sejten kívüli Ca-beáramlás áll, mivel a sejten kívül adott Ca-kelátor (EGTA) gátolni képes az Avemar hatására bekövetkező emelkedést. Az Avemar okozta sejten be-

Levelezési cím:

Dr. chem. habil. Hidvégi Máté

Biomedicina Rt.

1137 Budapest, Szent István park 18.

Távbeszélő: (36 1) 266 1023 Távmásoló: (36 1) 266 1026

Villanyposta: hidvegi@biomedicina.com

lülí Ca-szint emelkedés megelőzi mind az MHC-I molekulák csökkenését, mind a tervezett sejthalál kiváltását. Érdekes módon az EGTA csökkenti az Avemar okozta tervezett sejthalált és a sejten belüli Ca-szint emelkedést is (3).

A ráksejteket – a gyors osztódás mellett – egy rendkívüli mértékben felfokozott szőlőcukor anyagcsere jellemzi. Utóbbi feltételezhetően a szőlőcukor anyagcseréjét, felhasználását katalizáló enzimek génjeinek megváltozott átíródására vezethető vissza. (Az orvosi kórmeghatározás felhasználja a daganatoknak a szőlőcukor körforgástól való nagymértékű függőségét. Például, a pozitron-emissziós tomográfia (PET) – amely a [¹⁸F]fluorodeoxiglükózt, egy radioaktív szőlőcukor származékot alkalmaz – betegségmegállapító felhasználása ezen alapszik.) Az egészséges sejtek a szőlőcukrot energianyeresre hasznosítják. A ráksejtek a glükózból elsősorban nukleotidokat képeznek. A DNS és RNS láncok felépítéséhez szükséges ribóz (deoxiribóz) az, amely a daganatsejtekben kóros mértékben képződik a szőlőcukorból a pentóz-foszfát körfolyamat nem-oxidatív szakaszában. A daganatsejtek biokémiájának ez az egyik meghatározó jellegzetessége. Ebben a folyamatban kulcsfontosságú enzim a transzketoláz. A transzketoláz működésének változtatásával közvetlenül vezérelhető a ráksejtek osztódása. Az Avemar mennyiségfüggő módon, nagyon erősen és fajlagosan gátolja daganatsejtekben a glükózból történő nukleotid, illetve nukleinsav szintézist (5). [¹³C] izotópos vizsgálatokkal bizonyították, hogy az Avemarral kezelt ráksejtekben csökken a ribóz képződés és a kóros mértékű sejtosztódás, és a daganatsejtek a szabályos sejtekre jellemző anyagcsere utak használatára térnek át (6-7). Az Avemar a ráksejtek anyagcseréjét szabályos irányba tereli. Az Avemar valamennyi ismert gyógyszer- és sugárkezelés kiegészítésére felhasználható, mivel 1. a felfokozott nem-oxidatív ribóz képződés és az ezt követő kóros mértékű nukleinsav képződés a rosszindulatú daganatokra általánosan jellemző, 2. a legtöbb sejtmérgező szer, valamint a sugárkezelés közvetlenül gátolja a nukleinsavak

képződését, és 3. az Avemar ugyanezt közvetett módon teszi (8). Sőt, mert nincs mérgező hatása, az Avemar előrehaladott daganatos betegségekben – tüneti kezelésként – akár önállóan is alkalmazható.

Az Avemart 2002-ben, a vénynélküli készítmények között, „daganatos betegek speciális tápszere”-ként törzskönyvezték.

IRODALOM

1. Telekes A, Hidvégi M. Az Avemar hatásmechanizmusa – rákellenes hatások laboratóriumi állatokban és daganatos betegekben. *Nőgyógy Onkol* 2000; 5:188-189.
2. Telekes A, Hidvégi M. Az Avemar hatásmódja (2) – immunológiai hatások. *Nőgyógy Onkol* 2001; 6:40-41.
3. Fajka-Boja R, Hidvégi M, Shoenfeld Y, Ion G, Demydenko D, Tömösközi-Farkas R, Vizler Cs, Telekes A, Resetár Á, Monostori É. Fermented wheat germ extract induces apoptosis and downregulation of major histocompatibility complex class I proteins in tumor T and B cell lines. *Int J Oncol* 2002; 20:563-570.
4. Részjelentés: Biotechnológiai úton, fermentációval előállított búzacsira kivonat (Avemar) fejlesztése daganatos betegségek szupportív terápiájában történő felhasználásra. Fodor József Országos Közegészségügyi Központ, Országos Kémiai Biztonsági Intézet, Budapest, 2001.
5. Boros LG, Lapis K, Szende B, Tömösközi-Farkas R, Balogh Á, Boren J, Marin S, Cascante M, Hidvégi M. Wheat germ extract decreases glucose uptake and RNA ribose formation but increases fatty acid synthesis in MIA pancreatic adenocarcinoma cells. *Pancreas* 2001; 23:141-147.
6. Boros LG, Lee W-NP, Go VLW. A metabolic hypothesis of cell growth and death in pancreatic cancer. *Pancreas* 2002; 24:26-33.
7. Boros LG, Cascante M, Lee W-NP. Metabolic profiling of cell growth and death in cancer: applications in drug discovery. *Drug Discovery Today* 2002; 7:18-26.
8. Cascante M, Boros LG, Comin-Anduix B, Atauri P, Centelles JJ, Lee W-NP. Metabolic control analysis in drug discovery and disease. *Nature Biotechnol* 2002; 20:243-249.

FOLYAMATOS ORVOSTOVÁBBKÉPZÉS

A bélsebészeti beavatkozások a nőgyógyászati onkológiában (2)

Bélkivezetések

BŐSZE PÉTER DR., PÁLFALVI LÁSZLÓ DR.*

Fővárosi Szent István Kórház, Nőgyógyászati Osztály, Budapest

BEVEZETÉS Bélkivezetésről, kiszájtatásról akkor beszélünk, amikor a bél műtétileg készített szájadékon át a kívülágra nyílik (műtétileg készített bélsipoly, bélstomák, stoma, anus praeternaturalis). A vastagbél kivezetését colostomiának, a csípőbél hasfali szájtatását ileostomiának, a szigmabélét pedig sigmoidostomiának nevezzük. Ha az éhbelet szájtatjuk ki a hasfalon jejunostomia a helyes elnevezés. A gyomor kiszájtatását pedig gastrostomiának hívjuk.

A bélkivezetés történhet végleges céllal, amikor a béltartalom végbélen keresztüli kiürítésének helyreállítása már nem lehetséges, vagy átmeneti jelleggel, amikor a rendes székelés a későbbiekben visszaállítható. A műtetre sor kerülhet tervezett vagy sürgősségi műtétként.

A sebészek gyakorlatában legtöbbször bélbetegségek (bélgyulladás, gurdélygyulladás, sérülés, átfürödés, átfürödés veszélye, Crohn-betegség, béldaganat stb.) képezik a műtét javallatát, és az esetek döntő többségében a szigmabél és a csípőbél kivezetésre kerül sor. Az állandó bélkivezetések száma az elmúlt évtizedekben fokozatosan csökken, mert a műtėti eljárások finomításával a végbél legalsó szakasza megmenthető, és ezért a bélbetegségek eseteiben is egyre gyakrabban állítható helyre a bélrendszer folytonossága, pl. részleges vastagbél-eltávolítást követő csípő-végbél vagy alsó vastagbél-végbélelegesítéssel (ileorectalis, illetve alsó colorectalis anastomosis). Ezen betegségek miatti bélkivezetések nem tartoznak a nőgyógyászati onkológia körébe.

* Az ábrákat *Ferdinánd Judit* rajzolta.

Levelezési cím:

Prof. Dr. Bősze Péter
Fővárosi Szent István Kórház
Nőgyógyászati Osztály
1096 Budapest, Nagyváradi tér 1.
Távbeszélő: (36 1) 2752172 Távmasoló: (36 1) 2752172
Villanyposta: bosze@axelero.hu

A női nemi szervek daganatainak kezelése során bélkivezetésre akkor kerül sor, ha a daganat csak a végbél és/vagy szigmabél eltávolításával lehetséges, pl. exenteráció alkalmával kiűjelt daganatok eseteiben, vagy petefészekrák műtéteinél, ahol egyre gyakrabban kerül sor a szigmabél egy szakaszának eltávolítására. Az utóbbi időben azonban az ún. alsó végbélelegesítés műtéte ezen a területen is előtérbe került, aminek következtében az állandó bélkivezetés sok esetben elkerülhetővé vált. Fontos, hogy a végbél záró működése megfelelő legyen, mert elégtelen végbélzárás esetén a beteg rosszabb helyzetbe kerül, mint a bélkivezetésnél. Általános gyakorlat volt, hogy az alsó bélelegesítéseknel – mivel a műtét daganatos területen történt – tehermentesítő átmeneti bélkivezetést végeztünk. Az utóbbi időben erre is egyre kevésbé kerül sor, és ezért az átmeneti bélkivezetések száma is kevesebb. Ha a kiűjelt daganat a vastagbelet elzárja, és nem távolítható el, és ha a beteg nincs végső állapotban, a végleges bélkivezetést elvégezzük. Sokkal ritkábban végzünk bélkivezetést sürgősségi műtétként bélelzáródásnál vagy bélvarrat-elégtelenség miatt. A beleken belüli nyomás csökkentésére a nőgyógyászati daganatok műtétei során általában kacs kiszájtatásra kerül sor, egyéb kiszájtatást, mint pl. ún. gomblyuk kivezetést („blow-hole”) csak elvétve készítünk. Tehermentesítő bélkivezetésre hüvely-végbél sipoly eseteiben is szükség lehet. Egy különleges javallati kör, ami szorosan nem is tartozik a bélkivezetések fogalmába, a vizelet elvezetések során készített álhólyag (vizelet conduit) kiszájtatása, amelyen keresztül vizelet ürül. Ilyenkor rendszerint a csípőbél egy kirekesztett szakaszát szájtatjuk ki.

A kiszájtott bélnyílásnak nincs záró működése, belőle a gázok és a béltartalom akarattól függetlenül ürül, ezért a nyílásra bélsártartó zacskót teszünk. A bélkivezetés mindig a hasfalon keresztül történik, ahol a székletzsák jól elhelyezhető. A gáton elhelyezett nyílás gyakorlatilag nem kezelhető. Előfordul, hogy a bélsárürülés teljesen szabályos időközönként történik vagy szabályozható beöntések adásával, és állandó székletzsák viselésére nincs szükség. Erre főleg a szigmabél vagy a leszálló vastagbél kiszájtatásánál van példa, mert bennük a béltar-

talom már formált, és ezért az ürítés beöntésekkel jobban szabályozható. A székletzsákok viselői életminősége is javult az elmúlt évtizedben annak köszönhetően, hogy a székletzacskót és tartozékait szövetbarát anyagokból készítik és sokkal jobb minőségben.

Bizonyos értelemben bélkivezetésnek tekinthető az ún. „tube cesotomy”, vagyis a vakbélnek (caecum) gumicsövön (Pezzerkatéter) keresztül történő kiürítése tehermentesítés, a tágult belek feszülésének csökkentése céljából. Ennek az eljárásnak azonban sok hátránya van, a legjelentősebb, hogy a gumicsövet a széklet előbb-utóbb elzárja, és ezért naponta mosni kell. Az is előfordulhat, hogy a béltartalom a gumicső mellett is ürül. Ezt a műtétet ma már a sebészetben is ritkán, a nőgyógyászati onkológiai gyakorlatban nem végezzük. A női nemi szervek daganatainak ellátása során a vakbélnek Pezzerkatéterrel történő tehermentesítésére csak vizelet álhólyag (indianapouch) készítésénél kerül sor átmeneti jelleggel, azért, hogy megakadályozzuk a műtét utáni napokban nagy mennyiségben termelődő nyák felszaporodását. A nyák kiürülését átöblítésekkel segítjük elő. Ez inkább álhólyag tehermentesítésnek, mint bélkivezetésnek nevezhető.

A bélszájadékok készítésének legfontosabb elemeit az 1. táblázatban foglaljuk össze.

1. táblázat. A bélszájadékok készítésének legfontosabb elemei

A szájadék helyének megfelelő kiválasztása
– ez lehetőleg mindig a műtét előtt történjen

A bélrendszerből annyit mentsünk meg, amennyit csak lehet

A kivarrt bélszakasz ne álljon feszülés alatt

A bél vérellátása legyen megfelelő

A hasfali nyílás legyen elég tág, de ne túl tág

VASTAGBÉL-KISZÁJAZTATÁS A vastagbélnyílás készítésére a vastagbél különböző szakaszait használhatjuk. Leggyakrabban a szigmabelet szájaztatjuk ki. Többen felvetették, hogy a szigmabél kivezetése nem ajánlatos, ha az alsó bélfodor ütőeret (arteria mesenterica inferior) lekötöttük, mert ilyenkor a vérellátás romolhat, és bélhalás, szájadék-elégtelenség jöhet létre. Mi ezt nem tapasztaltuk, és szigmabélszájadékot az alsó bélfodor ütőér lekötése esetén is nyugodtan készítünk. Kivezethetjük a leszálló vastagbelet is (descendens colostomia), ez azonban a leszálló vastagbél kötöttsége – rövid bélfodor – miatt csak a bél felszabadítása, a léphajlati szalagok átvágása után lehetséges. A harántvastagbél (transversum colostomia) is jól használható nyílás készítésére. A felszálló vastagbél azonban már nem előnyös, mert a vastagbélnek ezen a szakaszán jelentős vízfelszívódás van, és gyakoriak a bélmozgások. Ennek következtében a felszálló vastagbélen készített nyíláson át rendszerint szabálytalan időközönként, híg béltartalom lökődik ki. Ezzel ellentétben, a haránt- és főleg a leszálló vastagbél és szigmabél mozgásai ritkák, a béltartalom itt inkább tárolódik,

már formált, és a béltartalom ürülése beöntésekkel általában szabályozható.

A vastagbél-kiszájaztatás célja alapján megkülönböztetünk ún. nyomáscsökkentés, feszüléscsökkentő (dekompressziós) és a béltartalmat teljesen elvezető vastagbélnyílást (diverting colostomy). Az elsőt legtöbbször átmeneti megoldásként, az utóbbit általában végleges megoldásként alkalmazzuk. A nyomáscsökkentés bélkivezetéseknek a tankönyvek 3 formáját különböztették meg: 1) kacsikiszájaztatás (kétnyílásos kivezetés), 2) gumicsöves kivezetés (tube cecostomy), és 3) „gomblyuk” (blow-hole) megnyitás. Az utóbbi kettő a béltartalmat teljesen nem vezeti el. A kacsikiszájaztatásnál azonban más a helyzet. Hagyományosan készítve a kacsikivezetés hozzávetőlegesen 6 hétig, illetve amíg a hátsó bélfal nem tasakosodik ki annyira, hogy a béltartalom az elvezető bélszakaszba is bejut, teljes elvezetést biztosít. Ha azonban a belet tartó hidat 10-12 napig hagyjuk a bőrön a hátsó bélszakasz kiöblösödésével nem kell számolni, és ez a kiszájaztatás is rendszerint teljes elvezetést biztosít. Nyomáscsökkentésre sokszor sürgősségi műtétként kerül sor, legtöbbször a belet beszűkítő, elzáró daganat miatt. Ilyenkor a bélfal rendkívül nagy feszülés alatt állhat, mert az elzáródás feletti bélben, nagy mennyiségben gázok és folyékony béltartalom gyülemlik fel. A nagy feszülés alatt álló bél megnyitása nagy mennyiségű béltartalom sugárszerű kilökődésével jár. Erre mindig gondolni kell. Gomblyuk megnyitás során csak néhány centiméteres metszés készítünk, a hasüreget nem tárjuk fel, az alapbetegségről tehát nem tudunk tájékozódni. Gomblyuk megnyitásnál gyakori a bőrgyulladás, és a szájadék általában jelentősen előboltosul, amiért ez a műtét csak ideiglenes megoldásként szolgál.

A béltartalmat teljesen elvezető kivezetésre általában akkor kerül sor, ha a végbelet eltávolítjuk, vagy, ha a végbél, szigmabél területén olyan bélelzáródást vagy átfürödést okozó daganat van, amely nem távolítható el. Szóba jön még minden olyan esetben, amikor végbél, szigmabél alsó részén a bélfal átéreszt, és az azonnal nem látható el, pl. gyulladás, varrat-elégtelenség esetén, illetve, ha a végbélzárás elégtelen, és nem gyógyítható.

KACSKISZÁJAZTATÁS (LOOP COLOSTOMY) A nőgyógyászatban általában tehermentesítés céljából készítjük. Tehermentesítés történhet nyomáscsökkentési céllal, amikor elzáródó belet tehermentesítünk, sokszor azért, hogy a beteget egy esetleges daganat-eltávolító műtétre megfelelő állapotba hozhassuk. Máskor az alsó bélszakasz varratok biztosítása miatt tehermentesítjük a műtött bélszakaszt. Régen ezt minden esetben elvégeztük, ma általában erre csak akkor kerül sor, ha a sebgyógyulást valami veszélyezteti. Veszélyeztető tényezők: nagy kiterjedésű, esetleg többszörös bélösszekötötés készítése, feszülés alatt álló varratok, nem megfelelően előkészített bél, gyulladással járó folyamatok, előzetes sugárkezelés, bizonytalan vérellátás, a bélegyesítéshez közel fekvő daganat. A tehermentesítő kivezetést célszerű minden olyan esetben felhelyezni, amikor a sebszél nincs teljesen meggyőződve a bélvarrat biztonsága felől.

A kacsiskizájzatás készítésére a hosszú bélfodorral rendelkező, jól mozgatható vastagbél szakaszok a legalkalmasabbak. Ilyen a szigmabél és a harántvastagbél. Képezhetjük a leszálló vastagbélből is. Ilyenkor a leszálló vastagbelet egész hosszában fel kell szabadítani, rendszerint a léphajlatnál is. A legegyszerűbb a szigmabél kacsiskizájzatás.

A BÉLSZÁJADÉK HELYÉNEK KIVÁLASZTÁSA A bélnyílás helyét a hasfalon a műtét előtt kell kiválasztani és megjelölni. Ebben az ún. „bél-szájadék-szahnővérnek” (enterostomal therapist, sztómaterápiás nővér) meghatározó szerepe van, a kivezetés helyét általában ő jelöli ki. A hely megválasztásánál a zsirelosztódást és egyéb alkati sajátságokat figyelembe kell venni. Fontos, hogy a nyílás helyét úgy válasszuk meg, hogy a bélsártartó könnyen és megfelelően felhelyezhető legyen, testmozgásoknál ne mozduljon el, szoknya, fehérnemű stb. viselését ne zavarja. Ennek érdekében célszerű, ha a kiválasztott helyet a beteg álló, fekvő, ülő és hajló helyzetében is ellenőrizzük, mert, pl. egy fekvő helyzetben megfelelőnek tűnő terület álló helyzetben alkalmatlan lehet. Lehetőleg egy 10 cm átmérőjű, kör alakú, sima, ránctól, mélyedésektől és hegtől mentes területet válasszunk. A szájadék ne legyen közel a hasműtét sebéhez. Ha a kacsiskizájzatást a szigmabélből készítjük, a nyílás a köldöktől balra és lefelé, a csipőlapát felé, az egyenes hasizom külső szélé mellé helyezzük. Ez a pont általában, de nem mindig a köldök és a csipőcsont közötti távolság közepén van. Vigyázni kell, hogy a nyílás ne kerüljön közel a csipőcsontozhoz, mert a bélsártartó zacskó nehezen helyezhető fel. Ugyancsak ezen a területen helyezzük el a leszálló és a harántvastagbélből készített szájadékat is. A harántvastagbél szájaztatható a jobb egyenes hasizom felső részén keresztül a köldök felett, illetve a középvonalban, a műteti metszésben is. A középvonalban elhelyezett nyílás nagy előnye, hogy a hasfal bonyéja jól zárható, a szájadék zárásakor pedig, ha a vastagbelet a hasfalról leválasztva a hasüregbe akarjuk visszahelyezni, a bélnyílás könnyen eltávolítható. Ennek ellenére ezt nem végezzük a hassebftözödés veszélye miatt. Tapasztalatunk szerint az alhason oldalt elhelyezett szájadék a legalkalmasabb. Ha az egyenes hasizmon keresztül készítjük a nyílást, az teljes egészében az egyenes hasizom felett legyen.

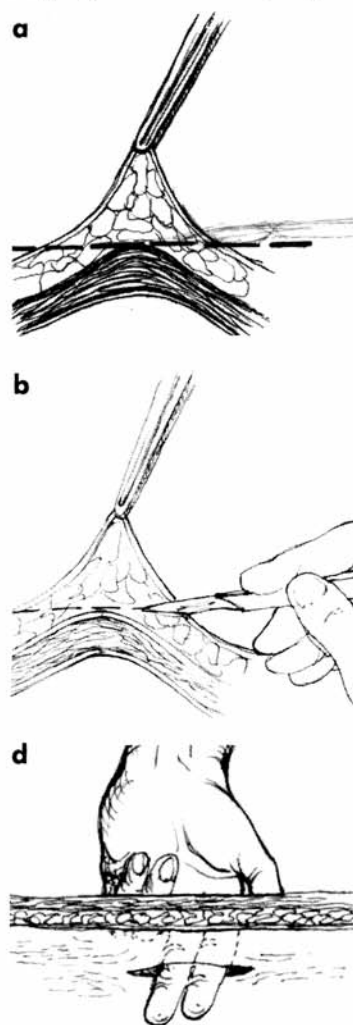
A KIVEZETENDŐ BÉLSZAKASZ ELŐKÉSZÍTÉSE A kivezetendő bélkacsnak elég hosszúnak kell lennie ahhoz, hogy a bőrnyíláson keresztül feszülés mentesen kihúzható legyen. Ennek érdekében, szükség esetén a belet fel kell szabadítani, néha a máj és/vagy léphajlat szalagjainak átvágásával. A kiszájzatandó bélkacs bélfodrán keresztül, közvetlenül a bél szélé alatt, kis nyílást készítünk, amely rendszerint nem vérzik, lefogásokat nem igényel. A nyíláson keresztül egy vékony gumicsövet vezetünk át, és a belet körülfogva ezt használjuk arra, hogy a hasfalon készített nyíláson át a belet előhúzzuk. Ha a bélfodor zsíros, nagyon vastag, a két bélkacs közötti rést, néhány centiméter hosszan, lefogások között, válasszuk ketté. Ez elősegíti a bélkacs kihúzását. A zsírníványokat (appendices epiploicae) csak akkor kell eltá-

volítani, ha túl nagyok, és zavarják a bél kihúzását. Ha a harántvastagbelet szájaztatjuk ki, a kiválasztott területen a nagy-cseplest, a magzati életben létrejött összetapadása mentén, egy darabon leválasztjuk a vastagbélről, és a vastagbelet a nagy-cseplestnek egy érmentes területén készített nyíláson áthúzzuk. Ez azért is előnyös, mert a cseplest a bél körül a hasfalhoz tapadhat, és a nyílást a hasüreg felé elzárja.

A HASFALI NYÍLÁS ELKÉSZÍTÉSE A hasfali nyílást legjobb úgy készíteni, hogy az előre bejelölt területen a hasfal bőrét egy fogóval megfogjuk, megemeljük, és a bőrön egy körülbelül 3 cm átmérőjű, kör alakú nyílást készítünk úgy, hogy a megemelt bőrt vízszintesen tartott szikével felszínesen levágjuk (1. ábra). A bőr alatti zsírszöveten tompán vagy élesen egy nyílást ejtünk a hasfal bonyéjéig. A hasfali bonyét kereszt irányban átvágjuk (1. ábra), és megnyitjuk a hashártyát, vagy csak egyszerűen egy szikével átszúrjuk. Ujjal megtágitva olyan nagy nyílást készítsünk, hogy azon két ujjunk kényelmesen

átférjen (1. ábra). A vértést gondosan csillapítjuk.

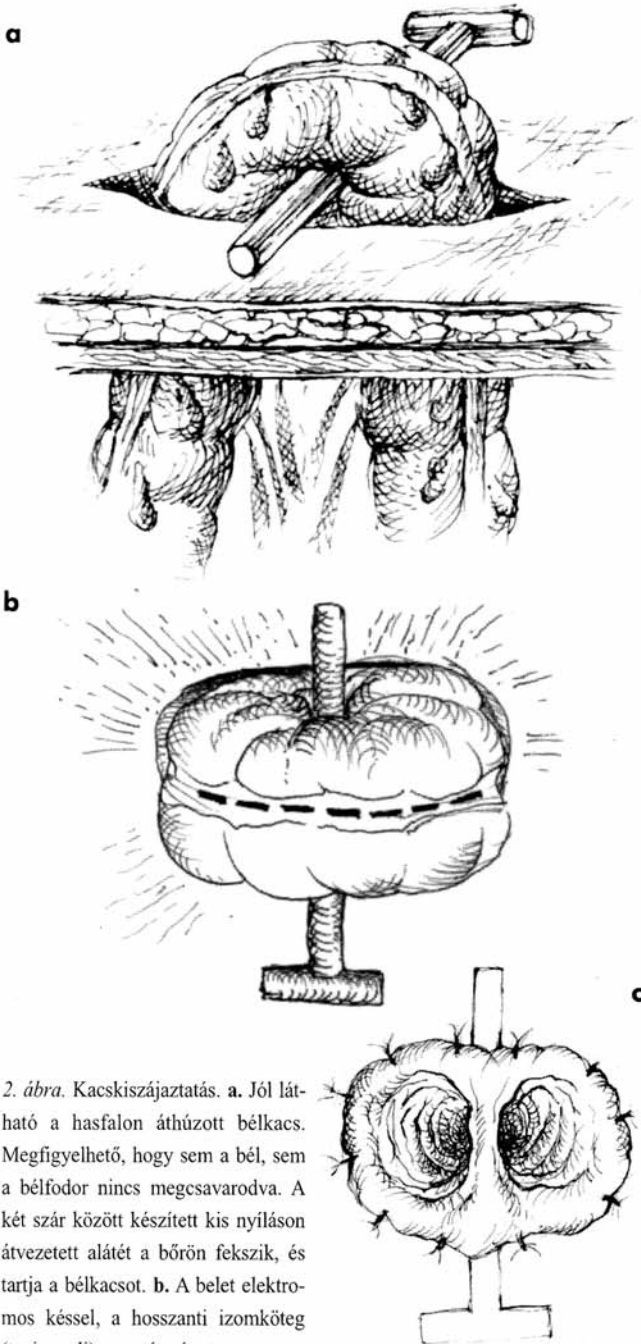
A BÉLKACS ELŐHÚZÁSA ÉS KIVÁRÁSA A gumicső segítségével a bélkacsot a nyíláson keresztül a hasfal elé húzzuk, úgy, hogy az legalább



1. ábra. A kacsiskizájzatás készítése. a. A bőrt egy fogóval megfogjuk, megemeljük, és a bőrön egy körülbelül 3 cm átmérőjű, kör alakú nyílást készítünk úgy, hogy b. a megemelt bőrt vízszintesen tartott szikével felszínesen levágjuk. A bőr alatti zsírszöveten tompán vagy élesen egy nyílást ejtünk a hasfal bonyéjéig. c. A hasfali bonyét kereszt irányban átvágjuk, és megnyitjuk a hashártyát, vagy csak egyszerűen egy szikével átszúrjuk. d. Ujjal megtágitva olyan nagy nyílást készítsünk, hogy azon két ujjunk kényelmesen átférjen.

kétujjnyival a hasfal szintje felett legyen. Ügyeljünk arra, hogy sem a bél, sem a bélfodor ne álljon feszülés alatt, és ne csavarodjon meg, mert ez a vérellátást nagyon rontja.

Több szerző javasolja, hogy miután a belet a hasfal elé húztuk, a hasfali bőnyét (fascia) a bél mellett varrjuk össze. Vigyázni kell azonban, hogy ez ne legyen túl szoros, mert ronthatja a vérellátást, illetve nehezítheti a béltartalom kiürülését. Helyes,



2. ábra. Kacsiszájaztatás. a. Jól látható a hasfalon áthúzott bélkacs. Megfigyelhető, hogy sem a bél, sem a bélfodor nincs megcsavarodva. A két szár között készített kis nyíláson átvezetett alátét a bőrön fekszik, és tartja a bélkacsot. b. A belet elektromos késsel, a hosszanti izomköteg (tenia coli) mentén óvatosan megnyitjuk. A nyílás hossza általában 2-3 cm. A megnyitásnál ügyelni kell arra, hogy a mellső és hátsó bélfal nagyon közel fekédhöz egymáshoz, és így a bélfal átvágása során a hátsó falba is belevághatunk. Ezt minden esetben fontos elkerülni. c. A bőrhöz kivarrt szájadék. Jól látható az oda és az elvezető szár is.

ha a varratokat úgy tesszük be, hogy a bőnye és a bél közé a mutatóujjunk kényelmesen beférjen. Mások csak akkor tesznek be egy-egy bőnye öltést, ha azon a bél mellett tátongó nyílás van. Magunk is ezt a módszert követjük. A belet nem varrjuk a hasfali bőnyéhez.

A gumicsövet egy rögzítő alátéttel helyettesítjük, amely a bőrön fekszik, és tartja a bélkacsot (2. ábra). Ha bőrníylás túl nagy, azt néhány öltéssel szűkítjük. Ezután zárjuk a hasfalat, a sebet bekötjük, majd a belet óvatosan elektromos késsel megnyitjuk vigyázva, hogy a sebet a béltartalom ne szennyezze. Ha a seb szennyeződik, fertőtlenítő oldattal mossuk ki. A belet legheylesebb a hosszanti izomköteg (tenia coli) mentén megnyitni (2. ábra). Ügyelni kell arra, hogy a mellső és hátsó bélfal nagyon közel fekédhöz egymáshoz, és így a bél megnyitása során a hátsó falba is belevághatunk. Ezt minden esetben fontos elkerülni. Ha mégis előfordul, a hátsó falat gondos vérzés-csillapítás után csomós 000-ás felszívódó öltéssel zárjuk. A bélben készített nyílás akkora legyen, hogy a felső és alsó bélszakaszt is jól lássuk, ujjunkat mindegyikbe kényelmesen be tudjuk vezetni, de ne érjen a hasseb széléig, mert a bélszéklet kivarrása nem oldható meg megfelelően. A nyílás hossza általában 2-3 cm. Végül a bél szélét és a bőrt csomós felszívódó öltésekkel egyesítjük (2. ábra). Az öltések során a bélfalat nem kell felszedni úgy, mint az egynyílású kiszájaztatásnál. A bél és a bőr szélébe öltünk, mindkettőt teljes egészében átöltjük. Majd az egész nyílásra ráhelyezzük a bélsártartó zsákot. Ennek felhelyezésénél arra kell figyelni, hogy a zsák nyílása, amely tetszés szerint alakítható, a kivarrt belet teljesen magába foglalja, és légmentesen zárjon. A rögzítő rudacska a zsák nyílásán belül van.

MŰTÉT UTÁNI FELÜGYELET A műtét utáni napokban nyitott bélsártartó zsákot helyezünk a szájadékra. A beteg a székletzsákot szükség szerint üríti. Célszerű, ha az első héten 3 naponként az egész bélsártartó szerelékét kicseréljük. A nyílás körüli bőr tisztítása, szárazon tartása alapvetően fontos. A tartó alátétet a műtétet követően 10-12 nappal eltávolítjuk. A műtétet követő napon a beteg csak folyadékot fogyaszt, és infúziókat kap, a második napon már pépes ételt ehet, és enyhe hashajtást alkalmazunk infúziók adása mellett (pl. 3x1 amp. Cerucal infúzióban). A pépes ételek adását és az enyhe hashajtást addig folytatjuk, amíg a megfelelő székletürítés megindul. A széklet beindulásával általában 3-4 napot várunk, amely alatt a betegnek rendszerint már van széklete. Ha nincs, beöntést adunk. A bélnyíláson keresztül a felső bélszakaszba beöntés nyugodtan adható, csupán arra kell vigyázni, hogy a seb ne sérüljön. Ennek elkerülésére, a műtét utáni első napokban, amikor a seb még friss, és a bél még nem tapadt ki, a beöntést a legegyszerűbb Foley-katéterrel adni, melyet hozzávetőlegesen 20 cm mélyen vezetünk a bélbe, és rajta keresztül 200-300 ml élettani sóoldatot juttatunk a felső bélszakaszba, általában két részletben. A bélszakaszba vezetett katéter sokszor a beszáradt bélsárba ütközik, és tovább nem dugható. A beöntő zacskó használatára csak később kerül sor, és erre helyes a beteg is megtanítani. A bélkivezetés a be-

teg életvitelét alapvetően megváltoztatja, lelkiileg is érinti, ezért ezek a betegek általában lelki támogatást is igényelnek.

A KACSKISZÁJZATÁS ZÁRÁSA Az ideiglenesen felhelyezett kacs-kiszájzatatás zárása előtt arról kell meggyőződni, hogy a nyílás alatti bélszakasz és a végbél záróműködés megfelelő-e. Ha a végbél záróműködése nem megfelelő, és nem állítható helyre, a beteg a székletet nem tudja tartani (analís incontinencia). Ilyenkor tulajdonképpen egy „gáton lévő szájadék” keletkezik, amely nem kezelhető, és a beteg sokkal rosszabb helyzetbe kerül. A végbél záróképességének vizsgálata a bélnyílás zárása előtt tehát elengedhetetlenül fontos. A záróműködés vizsgálata történhet nyomásmérővel, electromyographiával stb. A gyakorlatban azonban elegendő, ha egy fél literes beöntést adunk. Ha a beteg a folyadékot tudja tartani, amíg kísétál a mosdóba, és azt akaratosan ki tudja üríteni, a végbél záróképessége megfelelőnek tekinthető. Egyes szerzők az alsó bélszakasz és a bélösszeköttetés épségének (bélvarratok tartásának) megállapítására kontrasztanyagot röntgenvizsgálat elvégzését javasolják, magunk inkább végbéltükrözéssel (colonoscopia) ellenőrizzük a bélvarratokat. A tehermentesítő kacs-kivezetést általában 2-4 hónappal a műtét után zárjuk.

A bélszájadék zárásánál ugyanolyan gondossággal kell eljárni, mint egy bélösszeköttetés készítésénél. Nem megfelelő zárás súlyos szövődményeket eredményezhet. Az irodalmi adatok magas szövődményi arányokról számolnak be. Megfelelő zárás mellett azonban jelentős szövődménnyel nem kell számolni.

A zárás hagyományosan azzal kezdjük, hogy a szájadék körül körkörös metszést ejtünk, amely egy keskeny bőrszél is magában foglal. Ha a szájadék a középvonalban helyezkedik el, a középvonalban a bőrníylás felett és alatt kiegészítő metszést ejthetünk. A körkörös metszésnek megfelelően a nyílást mélyítve, a bél széle mellett áthatolunk a hasfalra, és bejutunk a hasüregbe. A hasfalról a vastagbelet és a csepleszt leválasztjuk. A vastagbelet a hasfal elé húzzuk, a bél szélét megtisztítjuk úgy, hogy a rátapadt csepleszt és bőrszélét eltávolítjuk. Ezután a mellősi bélfalat zárjuk. Ez történhet varrógéppel vagy kézi varrattal. Ha a bélfal széle sérült, gyulladt stb., vagyis ha nem biztos, hogy a záró varratok tartani fognak, helyesebb a bél egy szakaszát kivágni, és egy új bélösszeköttetést, általában vég a véghez csatlakoztatást készíteni. Az egyesített belet a hasüregbe helyezük, és a hasfali sebet zárjuk. Gondos vérzescsillapítás szükséges, és győződjünk meg arról, hogy más bélszakasz nem sérült-e. Egyes szerzők javasolják, hogy a bőrt, a sebfertőződés veszélye miatt másodlagos varratokkal zárjuk.

Saját gyakorlatunkban egyszerűbb módszert alkalmazunk. A bőrt és a hasfali bőnyét a fentiek szerint megnyitjuk, de a hashártyát nem, azt hagyjuk a bélhez tapadva. Ezáltal a hasüreg lezárva marad, a hasüregbe nem jutunk be. A bélsebést körbevágjuk, amellyel egyúttal a bőrszél is eltávolítjuk, a sebszélket felfrissítjük. Ha erős vérzés van, azt csillapítjuk. A bélfalat csomós vagy tova futó öltésekkel zárjuk, vigyázva, hogy a belet

hossztengelyére merőlegesen zárjuk. A lezárt bél felett a bőnyét összevarrjuk. A bélnek a kivarrt szakasza tehát a hashártya és a hasfali bőnye között van. A hasfali sebet fertőtlenítő oldattal átmoszuk, majd drén behelyezése után a bőrt zárjuk.

GOMBLYUK MEGNYITÁS (BLOW-HOLE COLOSTOMIA) A műtetre a nőgyógyászati daganatok ellátása során rendkívül ritkán kerül sor, ezért csak vázlatosan ismertetjük. Lényege, hogy a hasüreg teljes feltárással nem nyitjuk meg, csak a nagyon tágult bélfal – legtöbbször a harántvastagbél – felett vágjuk át a hasfalat 4-6 cm hosszan. A nagymértékben tágult bél általában nekifekszik a hasfalnak, és így könnyű megtalálni. A bélfalat csomós, felszívódó öltésekkel a hashártyához varrjuk. A bélgázokat túlvél kiengedjük a bélfal feszültség csökkentése céljából. Még a megnyitás előtt, egy második varratsort is készítünk, mely a bélfalat és a hasfali bőnyét foglalja magában. Vigyázni kell, hogy az öltéseket az első és második varratsornál is mindig a bél falában vezessük, azt teljesen ne öltjük át. A belet megnyitjuk, és a bélszél a bőrral csomós öltésekkel összevarrjuk a fentiekben ismertetettek szerint.

VÉGKISZÁJZATÁS (END COLOSTOMY) A végkiszájzatatás vagy más néven egynyílásos kivezetés biztonságos és a legegyszerűbb. A kivezetendő belet teljesen átvágjuk, a felső szakaszt szájaztatjuk, az alsót pedig zárjuk, és a hasüregbe visszahelyezzük (Hartmann-műtét). Az alsó bélszakaszban mindig termelődik nyák, amely a végbélben keresztül kiürül.

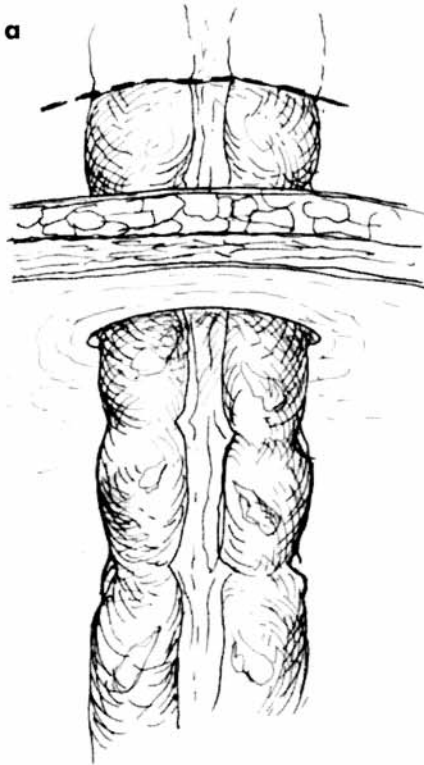
A végkiszájzatatás készítésére is a hosszú bélfodorral rendelkező, jól mozgatható vastagbél szakaszok a legalkalmasabbak. Készíthetjük a szigmabélből, a harántvastagbélből és a leszálló vastagbélből is, ha az megfelelően felszabadítható. A sebészek körében általánosan elfogadott, hogy harántvastagbél kiszájzatatása esetén, a harántvastagbél kezdeti szakaszát használják, és a kivezető nyílást a jobb oldali egyenes hasizomra tesszik a köldök felé. Saját megfigyeléseink szerint a harántvastagbél bal oldali szakasza is jól felhasználható. A nyílást a szigmabél nyílással megegyező helyre tesszük, mert a kivezető nyílás ezen a területen jobban kezelhető.

Végleges bélkivezetéshez a betegséghez legközelebb eső, de már ép, felhasználható bélszakaszt válasszuk, mert a vastagbél működéséből így őrizhetünk meg a legtöbbet. Általános szabály, hogy a végleges vastagbél-kivezetést, a betegségtől függően, a vastagbél lehető legalsóbb részén készítsük, a vastagbélműködés lehető legjobb megőrzése végett. Ez a szempont azonban nem kockáztathatja a szájadék biztonságát.

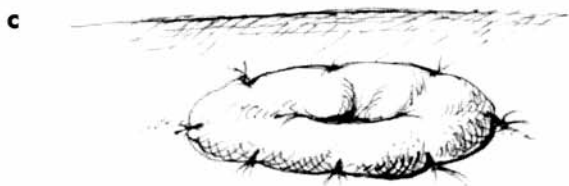
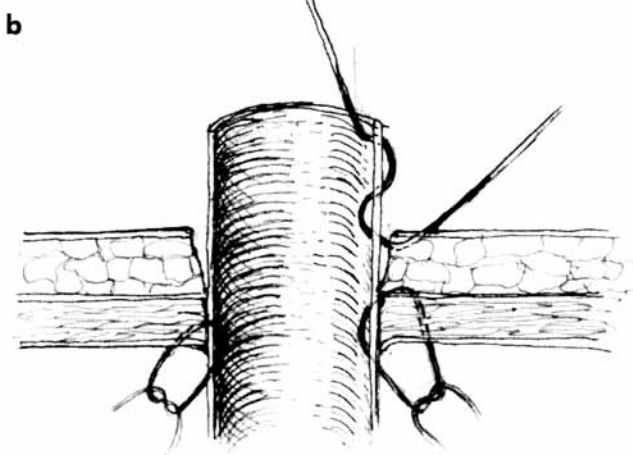
A BÉLSZÁJADÉK HELYÉNEK KIVÁLASZTÁSA A végkiszájzatatás nyílását a kacs-kiszájzatatás ismertetett szempontok szerint a műtét előtt válasszuk ki és jelöljük meg.

A KIVEZETENDŐ BÉLSZAKASZ ELŐKÉSZÍTÉSE Megfelelő hosszú, jól mozgatható bélszakasz a végkiszájzatatás esetében is szükséges. Ennek érdekében szükség esetén a vastagbelet fel kell szabadítani

ni, adott esetben a léphajlat felszabadítása is szükséges. A kiszájaztatandó vastagbelet két lefogás vagy varrógép segítségével készített két záró varratsor között átvágjuk. Előtte azonban a bélfodrot meghasítjuk, átvágjuk, gondosan ügyelve arra, hogy a kiszájaztatandó bélszakasz vérellátását ne károsítsuk. A jó vérellátás biztosítása a sikeres bélkivezetés záloga.



3. ábra. A végkiszájaztatás készítése. a. A nyíláson keresztül áthúzott lezárt bélszakasz vége a bőr felszíne felett legalább 3 cm-rel legyen. A bél végéről az esetleges varratsort levágjuk. b. A bőrt és a belet úgy varrjuk össze, hogy az öltést először átvezetjük a bőrön, majd a bél szélétől körülbelül 2 cm-re felszínesen a bélfalba öltünk, és csak ezután vezetjük át az öltést a bél szélén. Egyesek a hashártyához is rögzítik a belet, ami nem feltétlenül szükséges. c. A bőrhez kivarrt szájadék.



A HASFALI NYÍLÁS ELKÉSZÍTÉSE, A BÉLKACS ELŐHÚZÁSA ÉS KIVARRÁSA A hasfali nyílását ugyanúgy készítjük, mint a kacsakiszájaztatás esetében. A nyíláson keresztül a lezárt bélvégződést előhúzzuk úgy, hogy a lezárt bélszakasz vége a bőr felszíne felett legalább 3 cm-rel legyen (3. ábra). Ha a nyílás a hasfal oldalán van, a hasüregben a vastagbél és a balvastagbél melletti árok közötti rést néhány öltéssel zárjuk, azért, hogy a belső szerv képződését elkerüljük. Ezután a hasfali bonyét a kacsakiszájaztatásnál ismertettek szerint látjuk el. Az előhúzott bél végéről az esetleges varratsort levágjuk. Ha a vérellátás megfelelő, a metszsvonalban vérzés látható. Erős vérzést csillapítani kell, megint vigyázva, hogy a vérellátást ne rontsuk. Egyesek a vastagbelet egy-két biztosító öltéssel a hasfal bonyójához is hozzávarrják. Ezt mi nem csináljuk. Végezetül a bélszelt és a bőrt, mindkettőt teljesen átöltve egyeztetjük csomós, vicril öltésekkel. Célszerű, ha a bélvégződést kissé kifordítjuk, úgy, hogy a bőr felszíne felé emelkedjen. Ezt úgy érjük el, hogy az öltésünket először átvezetjük a bőrön, majd a bél szélétől körülbelül 2 cm-re felszínesen a bélfalba öltünk, és csak ezután vezetjük át az öltést a bél szélén (3. ábra). A bélvégződés kifordítása és kiemelése könnyebbé teszi a bélsártartó zacskó felhelyezését, és ilyen megoldás mellett a szövődmények is ritkábbak.

Ha a végkiszájaztatás a középvonalban történik – mi nem végezzük – a bélfodor hasfalhoz történő varrása nem szükséges. A bélkivezetés a hasmetszés vonalában történjen, a nyílás zárását pedig a hasfal zárásával egyidejűleg végezzük. Ilyenkor a hasfalat záró tova futó varrat mellett, a szájadék felső és alsó végénél egy-két csomós öltést is tegyünk a szájadék melletti sérvképződés megelőzésére. A műtét után felhelyezzük a bélsártartó zsákot a kacsakiszájaztatás ismertettek szerint.

Készíthetjük a nyílást és a bél kiszájaztatását varrógéppel is. A szerzőknek ebben nincs tapasztalatuk. Az eredmények nem jobbak. Költséges.

MŰTÉT UTÁNI FELÜGYELET A műtét utáni napokon a kacsakiszájaztatásnál leírtak szerint járunk el. Folyadékvesztés, elektrolit zavar előfordulhat, különösen, ha nagyobb bélszakasz került eltávolításra. Erre a későbbiekben is figyelemmel kell lenni.

A VÉGKISZÁJAZTATÁS ZÁRÁSA Tekintettel arra, hogy a végkiszájaztatást általában végleges megoldásként készítjük, zárására ritkán kerül sor. Ennek ellenére szóba jöhet, pl. petefészekrákos betegek esetén, ha a beteg a gyógyszeres kezelés után daganatmentesnek tűnik. A zárásnál a hasat meg kell nyitni, egyrészt azért, hogy alaposan átnézzük, másrészt, mert bélösszekötötést kell készíteni, ami nem mindig könnyű. A kivezetett bél úgy szabadjuk fel, mint a kacsakivezetésnél. A bél végét a bőrszéllel együtt levágjuk, a sebet felfrissítjük. Az összenövés oldása után az alsó végbélcsontot felkeressük. Rövid csont esetén elősegíthetjük a csont megtalálását azzal, hogy abba a végbél-nyíláson keresztül egy befogott törleést feldugunk, vagy magát

a körvarrógépet vezetjük fel. A két bélvéget lehetőleg bélvarrógéppel összevarrjuk.

VÉKONYBÉL KIVEZETÉS Legtöbbször a csípőbél alsó szakaszának kivezetésére kerül sor, de kiszájtathatunk sokkal magasabban fekvő bélszakaszt is. Nagyon ritkán végezzük, a nőgyógyászati gyakorlatban bélvarrat-elégtelenség esetén kényszerülünk rá. A szájadék gondozása a híg béltartalom miatt nagyon körülményes, a beteg életét megkeserítheti. Egy külön javallati kör, a fentebb már említett, vizelet álhólyagok kivezetésének kérdése, mely nem képezi jelen dolgozat témáját.

A szájadék helyének kiválasztása itt is meghatározó. A nyílás legtöbbször az alhas jobb oldalára vagy a köldök mellé kerül. Kivitelezése megegyezik a vastagbélnél alkalmazandó eljárással, azzal a különbséggel, hogy vékonybél-szájadék esetén a bél szélét magasabbra emeljük. Ez azért fontos, mert a béltartalom a vékonybélben híg, és így kevésbé éri a bőrt, jobban terelhető a bélsártartó zacskóba. Emiatt a hasfali nyíláson a vékonybélnek egy hosszabb szakaszát kell előhúzni, a bél a bőr szintje felett 4-5 cm hosszú legyen (3. ábra). A belet a bőrhöz varrjuk úgy, hogy 000-ás felszívódó varrattal először a bőrt öltjük át, majd közvetlenül a bőrfelszín felett a bélfalba öltünk, vigyázva, hogy azt ne öltjük át, és végül a bél szélét kívülről befelé átöltjük, és a fonalat megcsomózzuk. Hasonló öltésekkel a belet körkörösén a bőrhöz varrjuk. A bél szájadék, ilyenkor „rózsabimbó”-szerűen kifordul. A bélszájadék megfelelő vérellátás elengedhetetlenül fontos, valamint az is, hogy a bél ne legyen feszülés alatt. Szükség esetén a vékonybelet is fel kell szabadítani. Saját gyakorlatunkban a vékonybél-kiszájtatásnál is kacsikivezetést végzünk. Ha a megfelelő vérellátás nem biztos, a sebészek az ún. Turnbull vagy J-kacs-kiszájtatást végzik. Ennek során a bélnek nem a lezárt végét vezetjük ki, hanem a vég előtt 5-6 centiméterre lévő bélkacsot szájtattják ki a vastagbélnél ismertettek szerint (3. ábra). Az eljárás különösen kövéreknél lehet szerencsés, mert ilyenkor a bélszakasz bélfodra károsodhat, ami óhatatlanul rontja a kivarrandó bél vérellátását.

SZÖVŐDMÉNYEK A bélkivezetések szövődményei súlyosak lehetnek, és megnyomórthatják a beteg életét. Egy részük minden bélkivezetés esetében előfordulhat, ezeket nevezzük általános szövődményeknek, mások csak egyfajta bélszájadékkal társulnak. Megkülönböztetünk működési zavarokat, amelyeket nem lehet megelőzni, és olyan szövődményeket, amelyek inkább műtéti hiba következményei. A bélkivezetéssel összefüggő panaszok azonban nem szükségszerűen szövődmények, háttérükben a daganat kiújulása is állhat. Erre különösen akkor kell gondolni, ha bizonyos tünetek, pl. görcsök, hasmenés, vérzés stb., tartósan fennállnak. A panaszok egy része alapvetően nem a szájadékkal, hanem a bél egy részének eltávolításával van összefüggésben. Ebből a szempontból meghatározó, hogy melyik bélszakaszt vezetjük ki. A vastagbél jobb oldali részében jelentős vízfelszívódás történik, és gyakoriak a bélmozgások is. Itt a béltartalom még elég folyékony. A bal ol-

dali rész már inkább a bélsár tárolására szolgál, bélmozgás elvéve fordul elő.

A kivezetett bél a műtét után napokig, hetekig duzzadt, vizenyős lehet. Ez nem tekinthető szövődménynek, rendszerint magától megoldódik.

A szövődmények leggyakoribb oka a nyílás helyének rossz megválasztása. Ezzel függ össze az általános, alábbiakban felsorolt, szövődmények döntő többsége. A rosszul elhelyezett nyílásra a széklettartó nem helyezhető fel megfelelően, nem zár légmentesen, és nem fedi a bőrt. Az ürülő béltartalom kifolyhat, amely lehetetlenné teheti, hogy a beteg tevékeny életet éljen. Ezért sem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a szövődmények megelőzése szempontjából alapvetően fontos, hogy a szájadék helyét körültekintően válasszuk meg, azt minden esetben a műtét előtt jelöljük ki.

HASMENÉS, SZORULÁS Híg béltartalom ürülés esetén egyidejű étrendi megszorítások, hasmenés elleni kezelés, folyadék és elektrolit pótlás szükséges. Előfordulhat, hogy hasmenéses és szorulásos időszakok váltják egymást, amelynek oka étkezési szokásokban, alkati tulajdonságokban, időközönkénti gyulladásokban keresendő. A széklet beszáradása elzárhatja a belet. Ilyenkor olajos ételek fogyasztásával, melegvizes beöntéssel és enyhe hashajtók adásával segíthetünk.

BÖRGYULLADÁS A nyílás körüli bőr gyulladása, kimaródása legtöbbször a bélkivezetés helyének rossz megválasztása miatt keletkezik. Különösen gyakori a vékonybél vagy a vastagbél felsőbb szakaszainak kivezetése során, amikor a béltartalom híg, és fehérjeoldó enzimeket tartalmaz. Érzékeny bőr esetében a bélsártartó lapja is okozhat bőrgyulladást (ún. „érintkezésszerű” bőrgyulladás), és előfordulhat a bőrtüszők gyulladása (folliculitis) is. A bőr-bél találkozásánál bőrhólyagosodás (pseudoeptileliomatosus hyperplasia) keletkezhet, amelynek oka a béltartalom és a nyák tartós izgató hatása. Ilyen esetekben a bőr nem csak felhólyagosodik, hanem vöröses lesz és megvastagodik. A bőr kimaródás helyi kezeléssel, bőrvédő kenőcsök alkalmazásával gyógyítható.

BÉLFALEHALÁS A bélfal elhalása a rossz vérellátás következménye. Néhány nappal a műtét után jelentkezik. Ha a kivezetett bél elszíneződik, megfeketedik, elhal, azonnal meg kell állapítani, hogy az elhalás milyen mélységig terjed. Ehhez alkalmassint a bél üregébe vezetett világító eszközre van szükség. Ha az elhalás a hasfali bonye feletti bélszakaszt érinti, azonnali beavatkozás nem szükséges, mert az elhalt bélszél rendszerint lelöködik, vagy leválasztható. Ilyen esetekben később szűkület jöhet létre. Ha az elhalás a bonye alá is terjed, azonnali hasmetszés végzendő a hashártyagyulladás megelőzése miatt. A belet rendszerint újra ki kell szájtatni.

BÉLVISSZAHÚZÓDÁS A bél visszahúzódása (retractio) szintén a műtét utáni első napokban jelentkezik. Oka az, hogy a kiveze-

tett bélszakaszt nem rögzítettük megfelelően a hasfalhoz, illetve a bőrhöz, vagy az, hogy a bélfodrot nem szabadítottuk fel eléggé, és az visszahúzza a belet. Ha a visszahúzódás a hasfal bonyéja alá terjed, a hasat azonnal nyissuk meg, mert béltartalom kerülhet a hasüregbe. Ha csak a bonye feletti bélfal húzódik vissza, beavatkozás nem szükséges. Sajnos a széklettartó ezekben az esetekben általában nem helyezhető fel megfelelően, ami a béltartalom kifolyását eredményezheti annak minden kellemetlenségével.

SZŰKÜLET A bélnyílás szűkülete (strictura) ritka és késői szövődmény. Oka a bél nyálkahártyájának a műtét utáni napokban fellépő gyulladása (serositis). Régebben, amikor még a kihegyezett belet nem azonnal nyitottuk meg, gyakoribb volt. A szűkület és a szűkülethez vezető bélfalgyulladás megelőzése szempontjából alapvető, hogy a belet a kivezetéskor azonnal nyissuk meg, és rögtön varjuk a bőrhöz, amelynek során a bélfal minden rétegét öltük át. A bélvégződés kifordításával (256...ábra) csökkenthetjük a szűkület kialakulásának veszélyét. Mint említettük, keletkezhet bélfal elhalást követően. Ilyenkor ugyanis a bél és a bőrszél eltávolodik egymástól, és a bél nyálkahártyájának gyulladása alakul ki. A kialakult szűkület csak sebészileg gyógyítható, tágitás általában eredménytelen. A beszűkült részt ki kell vágni, és a bél és bőrszéléket újra kell egyesíteni.

SZÁJADÉK MELLETTI SÉRV A szájadék melletti sérvképződés (paracolostomiás hernia) nem ritka, általában akkor fordul elő, ha a hasfali bonyét a bél körül nem zárjuk megfelelően, de keletkezhet akkor is, ha a kivezetés megfelelően történt. A hasfal ilyen esetekben rendszerint nem vékonyodik el, a sérv a hasfal tasakképződéséből ered. Leggyakrabban a hasfal bal alsó részén elhelyezett szájadékoknál fordul elő. Ha panaszokat okoz, leghelyesebb, ha a szájadékokat áthelyezzük a középvonalba, mely, ha nincsenek kiterjedt összenövések, a hasüreg megnyitása nélkül is lehetséges. Kiterjedt összenövések mellett már sokkal nehezebb a helyzet, néha nem is lehetséges. A szájadékokat körbevágjuk, és a középvonalban készített nyílásba tesszük át. A sérv megszüntetését célzó műtéti megoldások gyakran sikertelenek.

BÉLKITÜREMKEDEÉS A hasfali bonye nem megfelelő zárása a bél előboltosulását (prolapsus) is eredményezheti. Nem ritka a bélkitüremkedés olyan esetekben, amikor a nagy feszülés alatt álló harántvastagbélen vagy kitágult, vizenyős falú bélen készítettünk nyílást. Amikor a bél visszanyeri eredeti nagyságát, a hasfali nyílás viszonyítottan tág marad. Kezelése nem könnyű. Ha az alapbetegség gyógyítása lehetséges, bélösszeköttetés (anastomosis) készítése javasolt. Ha a kacsiskizájaztatás boltosul elő, a kacsból vég-kiszájaztatást készítsünk. Ha a végkiszájaztatás boltosul elő, a felesleges részt vágjuk le, és a szájadékokat sebészileg állítsuk helyre.

BÉLÁTFÚRÓDÁS A szájadék feletti bélszakasz kilyukadása (perforáció) általában azonnali hasműtétet igényel. A szájadékok

sebészileg helyre kell állítani, a hasüreget pedig megfelelően drénezni. Antibiotikumok adása elengedhetetlen. Ha a bélen keletkezett nyílás kicsi, és rajta csak gázok távoznak, antibiotikumok adása és a váladék helyi elvezetése elegendő lehet. Oka legtöbbször beöntés okozta sérülés.

EGYÉB SZÖVŐDMÉNYEK Tályogképződés, bélelzáródás, sipolyképződés viszonylag ritka.

GYÓGYSZERELÉSI MEGGONDOLÁSOK Nem tekinthető szövődménynek, de minden esetben gondolni kell arra, hogy, ha a vastagbélből sokat távolítottunk el, vagyis, ha a megmaradt bélszakasz rövid, a gyógyszerek nem teljesen szívódnak fel, és a bélnyíláson keresztül ürülve izgató hatást váltanak ki. Ennek a gyógyszerek mennyiségének meghatározása miatt is jelentősége van. Hashajtók és vízajtók adásánál is sok zavar keletkezhet.

A SZÁJADÉK GONDOZÁSA A bélszájadék-szahnővér szerepe a bélnyílások gondozásában is meghatározó. Nem csak elvégzi a szükséges teendőket, de a beteget is megtanítja, és lelkiileg is támogatja.

A kivezetett bélszakaszból ürülő béltartalmat a „bélsártartó zacskóban” fogjuk fel (257...hiányzik...ábra). Ennek két fajtája ismeretes, a nyitott és a zárt. Az előzőt általában a műtét utáni napokban használjuk, vagy olyankor, amikor a széklet híg (hasmenés, magasabb bélszakasz kiszájaztatása), és ezért a zacskót sokszor kellene cserélni. A híg széklet kiengedésével a bőr kimaródása is csökkenthető. A zárt bélsártartó zacskó lehet egyrészes és kétrészes. A kétrészesnek van egy alaplapja, amely a bélnyílás körüli bőrön tapad, a nyílást légmentesen lezárja. A bélsártartó zacskó az alaplapra csatlakozik, arról könnyen levehető. Az egyrészesnél az alaplap és a zacskó együtt van, a kettő nem választható el. Az alaplapot csak akkor tudjuk megfelelően felhelyezni, ha sima, ráncoktól, mélyedésektől mentes bőrfelületre tesszük, amelyen a beteg mozgásakor sem mozdul el. Az alaplapot 3 naponként, illetve egyrészes zacskó esetén naponta kell cserélni. Az alaplap öntapadó. Elősegíthetjük az alaplap zárását krémek használatával, amely egyúttal a bőrt is védi, megakadályozza felmaródását. A krémet a bélszájadék köré tesszük, az alaplap alá nem kell. További előnye, hogy a bőregyenetlenségeket kitölti, a tapadás biztosabb, és így az alaplap hosszabb ideig használható. Ha a bélgázok távozása zavaró vagy nagy mennyiségű, szénszűrős székletzacskó használható, mely a bélgázt szaktalanítva kiengedi a zacskóból. Ilyenkor étrendváltoztatás előnyös lehet. A széklettartó zacskót lehet erre a célra készített övvel viselni. Erre általában akkor van szükség, ha a szájadék behúzódik.

Egyrészes bélsártartó esetén a zacskót óvatosan levesszük, a bőrt és a szájadékokat is langyos vízzel vagy tisztító folyadékkal megtisztítjuk. Helyes, ha az alaplap levételét is segítjük vizes gézzel, mert ezzel lényegesen megkönnyíthetjük a lap felvételét, és a bőrt is kíméljük. A szappan szárít, ezért használata ke-

rülendő. Benzint vagy más oldószert nem szabad használni. Ha a bőr nagyon vékony és száraz, kenőccsel bekenjük, azt néhány percig rajta hagyjuk, majd a felesleges kenőcsöt letöröljük. A bőrt mindig szárazra kell törölni. Az új zacskót az alátét alatt rögzítve helyezzük fel, az alját erősen nyomjuk a bőrre, hogy jól odatapadjon. Kétrészes zacskónál könnyű a zacskót az alapjáról levenni; az alapot elég hetente, illetve szükség szerint cserélni. A bélsártartó cseréje fájdalomtalan, néha, a bélfal sérülékenysége miatt kevés vérzés előfordulhat, mely magától megszűnik

A bélszájadék kezdetben duzzadt, vizenyős, és ezért nagyobb nyílású zacskó viselése szükséges. Az idő múlásával kialakul a végső nagyság, és rendszerint kisebb méretű székletzacskóra lesz szükség.

Ismeretes, hogy a vastagbél alsó szakasza, élettani körülmények között, naponta csak egy- két kifejezett összehúzódó mozgást végez. A beöntésekkel, a bélfal feszülése miatt ilyen bélmozgást válthatunk ki, amely a béltartalom kiürüléséhez vezet. Ez a magyarázata annak, hogy beöntések rendszeres, szabályosan ütemezett, azaz a napnak mindig ugyanabban az időpontjában történő és megfelelően kivitelezett adásával a béltartalom ürítése szabályozható. Ennek következtében a bélsártartó zsák állandó viselése nem szükséges, elegendő a nyílást egy „szájadék sapkával” vagy egyszerűen egy kis tapasszal lezárni. A beöntések adásával csökkenthetjük a gázok képződését is. Mindez az életminőséget lényegesen javítja. A beöntések adásának hátránya, hogy időhöz kötött, időigényes, és néha feszülő, kellemetlen érzéssel jár. Bélsérülés is előfordulhat. A beöntésekkel jelentős mennyiségű víz szívódhat fel. A bélürítés szabályozása azonban nem mindenképpen lehetséges. Sugárkezelt belek, gyulladás, műteti szövödmények, „ingerlékeny bél” tünetegyüttes (irritable bowel szindróma), szorongás, félelem esetében rendszerint sikertelen.

A beöntés kivitelezése: A hasfali bélnyílásba egy kúp alakú végződésű ellátott csövet vezetünk, amely a beöntő zacskóhoz csatlakozik. Fontos, hogy a végződés pontosan a bélnyílásának megfelelő nagyságú legyen, azt teljesen lezárja. A bélnyílás esetleges tágítása, vagy a helyes irány megtalálása ujjunk bevezetésével történhet. A bevezetett végződésen keresztül 500-1000 ml vizet juttatunk a bélbe, általában két részben. A beöntés egy erre a célra készített bélsártartó (beöntést felfogó) zsákon keresztül történik. A béltartalom rendszerint rövid időn belül kiürül.

A bélszájadék és a bélsártartó zsák a rendes életvitelt nem befolyásolja, fürdés, testmozgás és a nemi élet is zavartalanul folytatható.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS A szerzők hálás köszönetüket fejezik ki Kánya Kata (Fővárosi Szent István Kórház, Nőgyógyászati Osztály, 1069 Budapest, Nagyvárad tér 1.) bélszájadék-szaknővérnek tájékoztatásáért és hasznos tanácsaiért.

ADALÉK Bősze Péter dr. és Grétsy Zsombor dr.

A „Nőgyógyászati Onkológia” magyarítási törekvéseinek megfelelően most is kísérletet teszünk – ez alkalommal, a bélkivezetéssel kapcsolatos – angol és latin kifejezések magyar megfelelőinek kialakítására, megalkotására. Hangsúlyozzuk, hogy az alábbi javaslatsor megvitatást igényel, és csak a szakma támogatásának, egyetértésének megszületése után tekinthetnénk általános használatra ajánlottaknak az alábbi magyarításokat. Épp ezért a szerkesztőség nagy örömmel venné, és rendkívül megtisztelve érezné magát, ha a kollégák vennék a fáradságot és elküldenék javaslataikat, megjegyzéseiket.

Anasztomózis/anastomosis	bélösszeköttetés, bélsatlakoztatás
End to end anastomosis	vég a véghez csatlakoztatás
Lower rectal anastomosis	alsó végbélegyesítés
Diverticulitis	gurdélygyulladás
Paracolostomias hernia	szájadék melletti sérv
Mucos fistula	nyáksipoly
Stoma, bélstoma (bélstoma egy szó)	bélszájadék bélnyílás
Stomakészítés (egy szó)	bélkivezetés, bélkiszájtatás
Colostomia	vastagbél-kiszájtatás, vastagbél-kivezetés
Colostoma	vastagbélszájadék, vastagbélnyílás
Transversum colostomia	harántvastagbél-kivezetés/kiszájtatás
End-colostomy	végkivezetés, végkiszájtatás
Loop colostomy	kacsikivezetés kacsikiszájtatás
Sigmoidostomia	szigmbél-kivezetés/ kiszájtatás
Temporary colostomy	átmeneti/ideiglenes bélkivezetés
Dekompressziós colostomia	nyomáscsökkentő bélkivezetés feszüléscsökkentő bélkivezetés
Diverting colostomy	elvezető bélkiszájtatás
Protective colostomy	tehermentesítő/védő bélkivezetés
Blow-hole colostomy	gomblyuk megnyitás, gomblyuk szájadék, gomblyuk kiszájtatás gomblyuk kivezetés
Ileostomia	vékonybél-kiszájtatás, csípőbél-kiszájtatás/ kivezetés
Ileostoma	vékonybélszájadék

J-loop stoma	J-kacs-szájadék, J-kacs-kiszájtatás	Sigmoidostomia	szigmapél-kivezetés/ kiszájtatás
Jejunostomia	éhbélkivezetés	Temporary colostomy	átmeneti bélkivezetés
Gastrostomia	gyomri kiszájtatás/kivezetés	Dekompressziós colostomia	nyomáscsökkentő bélkivezetés
Tube cecostomy	gumicsöves kivezetés		szüléscsökkentő bélkivezetés
Descendens colostomia	leszállóvastagbél-kivezetés	Diverting colostomy	elvezető bélkiszájtatás
Enterostomal therapist	bélszájadék-szakkóvér	Protective colostomy	tehermentesítő/védő bélkivezetés
Perstring suture	dohányzacskóvarrat, dohányzacskóöltés	Blow-hole colostomy	gomblyuk megnyitás, gomblyuk szájadék, gomblyuk kiszájtatás gomblyuk-kivezetés
Colon transversum	harántvastagbél	Ileostomia	vékonybél-kiszájtatás, csípőbél-kiszájtatás/ kivezetés
Colon descendens	leszálló vastagbél	Ileostoma	vékonybél-szájadék
Colon ascendens	felszálló vastagbél	J-loop stoma	J-kacs-szájadék, J-kacs-kiszájtatás
Appendices epiploicae	zsírnyúlványok	Jejunostomia	éhbélkivezetés
Hastrum coli	vastagbél-kiöblösödés, vastagbélöblöcske	Gastrostomia	gumicsöves kivezetés
Teniae coli	a vastagbél hosszanti izomkötegei	Tube cecostomy	leszállóvastagbél-kivezetés
Peristaltikus mozgás	gyűrűző/összehúzó mozgás	Descendens colostomia	bélszájadék szakkóvér, bélszájadék-szakkóvér, stoma-nővér
Mesenterium	bélfodor	Enterostomal therapist	dohányzacskóvarrat, dohányzacskóöltés
Linea alba	fehérvonal	Perstring suture	harántvastagbél
Analís incontinencia	végbélnyílás-elégtelenség	Colon transversum	leszálló vastagbél
Anasztomózis	bélösszeköttetés, bélcsatlakoztatás	Colon descendens	felszálló vastagbél
End to end anastomosis	vég a véghez csatlakoztatás	Colon ascendens	zsírnyúlványok
Lower rectal anastomosis	alsó-végbélegesítés	Appendices epiploicae	vastagbél-kiöblösödés, vastagbélgyűrű
Diverticulitis	gurdélygyulladás	Hastrum coli	a vastagbél hosszanti izomkötegei
Irritable bowel syndrome	ingerlékeny bél tünetegyüttes	Teniae coli	gyűrűző mozgás
Paracolostomias hernia		Peristaltikus mozgás	bélfodor
Mucos fistula	nyáksipoly	Mesenterium	fehérvonal
Anus praeternaturalis		Linea alba	végbélnyílás-elégtelenség
Stoma, bél-stoma	bélszájadék bélnyílás	Analís incontinencia	
Stoma készítés	bélkivezetés, bélkiszájtatás		
Colostomia	vastagbél-kiszájtatás, vastagbél-kivezetés		
Colostoma	vastagbél-szájadék, vastagbélnyílás		
Transversum colostomia	harántvastagbél-kivezetés		
End-colostomy	végkivezetés, végkiszájtatás		
Loop colostomy	kacs-kivezetés???, kacs-kivezetés kacs-kiszájtatás		

KITEKINTÉS A VILÁGBA

Beszámoló a 16. Európai Szülész-Nőgyógyász Kongresszusról, Malmö, 2001. június 6–9.

KOVÁCS LÁSZLÓ DR., AZ EAGO ELNÖKE

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged

Az európai kongresszus elnevezés a megelőző 15 éves sorozatban megszokott EAGO kongresszus név után a két nagy európai nőgyógyász szervezet a European Association of Gynaecology and Obstetrics (EAGO) és a European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG) egyre szorosabb együttműködésének az eredménye. Ettől az évtől kezdve a két szervezet közösen rendezi a kongresszust, ennek kifejezésére és a félreértések elkerülése céljából zárójelben az (EAGO/EBCOG) megjelölés is szerepelt.

A helyszín kiválasztásában minden bizonnyal az is szerepet játszott az 5 évvel ezelőtti döntéskor, hogy 2001-re várható volt, hogy már biztosan elkészül a Skandináv-félszigetet Dániával összekötő szárazföldi kapcsolat, a hídban folytatódó alagút, melyen autóval és vonattal is könnyű és kényelmes a közlekedés. Érthetően a híd képe lett a tudományos rendezvény jelképe is.

A rendezvénynek közel 800 résztvevője volt, köztük szép számmal voltak hazánkból is. A megnyitó ünnepségen az EAGO elnöke a Szövetség megelőző két elnökének, Markku Seppälä és Raffaele Nappi professzoroknak, valamint Hans Bossart professzornak, a volt pénztárosnak, az európai nőgyógyászat érdekében kifejtett tevékenységét méltatta, valamint átnyújtotta nekik az EAGO tiszteleti tagágának oklevelét.

A kongresszus tudományos műsora igen tartalmas volt. Tárgykörök szerinti ülések foglalkoztak meghívott előadókkal a szakma különböző időszerű kérdéseivel, mint pl. a petefészkek hormonok hatása az agyra, szülészeti különbségek Európában, a változáskori hormonpótlás, vírus fertőzések – HPV – je-

lentősége, oltások a nemi úton terjedő betegségek gyakoriságának csökkentésére, az emberi papilloma vírus fertőzések megelőzésére, urogynecologia eredményei, az emberi géntérképezési kutatások helyzete.

A szülész-nőgyógyászat alszakmáinak társaságaival való jó együttműködés fejeződött ki abban, hogy egy-egy külön üléssel szerepelt az Európai Nőgyógyászati Onkológiai Társaság (az emlőrákról), a Perinatalis Medicina Európai Szövetsége (a heveny és idült magzati oxigénhiány ellenőrzésére, az agyi károsodások megelőzésére) és a Humán Reproductio és Embryologia Európai Társasága (segített fogamzással született gyermekek és családjaik hosszú távú követése).



EAGO

Szabad előadások helyett igen heves poszter vitákat szerveztek hat ülésben. A 187 bejelentett és mintegy 150 kiállított poszter között 14 magyar is szerepelt. Jelentős siker, hogy közülük Doszpod professzor és munkatársainak posztere a 3. helyezést érte el. A poszter anyagát az eredményhirdetés utáni záróülésen dr. Fülöp Vilmos szóban is elmondta.

A résztvevőket hangulatos társasági események is szórakoztatták, és nagyon sokan használták ki a „hidat” egy gyorsan, könnyen lebonyolítható kirándulásra Koppenhágába.

A malmöi kongresszus az európai nőgyógyászok sikeres, eredményes összejövetele volt. Létszámában azonban messze nem érte el a Budapestre (1996) vagy Granadába (1999) látogatók számát. Reméljük, hogy a 2002. május 26–29. között Prágában rendezendő 17. kongresszusra nagyon sokan elmennek. A rendezvényre minden kolléga figyelmét felhívom.

Levelezési cím:

Prof. Dr. Kovács László
Szegedi Tudományegyetem
Általános Orvostudományi Kar
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
6725 Szeged, Semmelweis u. 1.
Távbeszélő: (36 62) 545491 Távmasoló: (36 62) 545711
Villanyposta: kovacs@obgyn.szote.u-szeged.hu

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának munkája

BÓSZE PÉTER DR.

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának elnöke

Az utolsó beszámoló óta a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága életében kiemelkedő esemény volt a Társaság harmadik kongresszusa, melyre 2001. november 16-17-én került sor a Magyar Tudományos Akadémián, Budapesten.

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának III. Kongresszusa több szempontból is kiemelkedő esemény volt. Egyrészt, mert rangos előadók, a szakma legjelesebb képviselői tartották az előadásokat, másrészt, mert olyan témák kerültek megvitatásra, melyek a mindennapi életben minden nő számára fontosak. Az egyik ilyen értekezés a hormonpótló kezelés és a rák kapcsolatát tárgyalta.

A hormonpótló kezelés korunk egyik legnagyobb jelentőségű betegségmegelőző programja. A női nemi hormonok igazoltan védenek a népbetegségeknek számító csonttrikulással szemben, de sok más előnyük mellett jótékony hatásuk van szív és érrendszeri betegségeket illetően is. Sokan, minden bizonnyal nem teljesen megalapozott, régi nézet miatt vonakodnak hormonokat adni vagy szedni, mert úgymond a hormonok rákot okoznak. Emiatt nagyon sokan nem élvezhetik a hormonpótlás kedvező hatásait. Az előadók vitája nagyon értékes adatokat szolgáltatott, megállapították, hogy a hormonpótló kezelés előnyeit célszerű sokkal jobban kihasználni, és, hogy a ráktól való félelem miatt a kezelést nem indokolt elhagyni.

Semmiel sem volt kisebb jelentőségű a rákgenetikai tanácsadás kérdésének megvitatása. A tanácsadás alapvetően a családokban halmozottan előforduló rákos betegségek megelőzésének lehetőségeivel foglalkozik. Ez is sok embert érintő gond. Pontosan azt fedi, hogy örökletes daganatok esetén milyen lehetőség van arra, hogy az öröklött génhibát ki tudjuk mutatni, és azoknál, akik a kóros gént hordozzák, hogyan segíthetünk. A kóros gént nem hordozók megnyugtathatók, és egy életen keresztül rettegéstől menthetőek meg.

A tudományos rendezvény ünnepi eseménye volt a Társaság új tiszteletbeli tagjának, Dexeus professzornak köszöntése. Dexeus professzor Barcelonában él, és a Nemzeti Méhkörtani és Kolposzkópos Társaságok Világszövetségének, az International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy, IFPCP elnöke. Tudományos munkásságát korábban már ismertettük. Nagyon izgalmas előadást tartott arról, hogy hol tar-

tunk ma a kolposzkóp használatával. Az előadást teljes terjedelmében szintén ebben a számban közöljük.

A Kongresszus az Európai Nőgyógyászati Rák Akadémia (European Academy of Gynaecological Cancer, EAGC) védnöksége alatt került megrendezésre.

MEGNYITÓ

Prof. Dr. Gáti István, akadémikus

I. TUDOMÁNYOS ÜLÉS

CIN és IA stádiumú méhnyakrák
Elnök *Prof. Dr. Bártfay György*

Ahogy a szövettanász látja
Dr. Vass László

Hurok/kúpkimetszés vagy méheltávolítás
Dr. Póka Róbert

IA stádium: szükséges-e a medencei nyirokcsomók eltávolítása
Dr. Pálfalvi László

Én úgy látom
Prof. Dr. Rákóczi István
Prof. Dr. Borsos Antal

MEGBESZÉLÉS

II. TUDOMÁNYOS ÜLÉS

Hormonpótló kezelés (HPK) és a rák
Elnök *Prof. Dr. Paulin Ferenc*

Okoz-e az ösztrogén rákot?
Prof. Dr. Eckhardt Sándor, akadémikus

HPK: kell félni az emlőráktól?
Dr. Pálfalvi László

Progeszteron kiegészítés: ront? javít?
Prof. Dr. Paulin Ferenc

Kaphat-e a daganatos beteg HPK-t?

Dr. Szánthó András

Én úgy látom

Dr. Tóth Károly Sándor

MEGBESZÉLÉS

PROF. DR. SANTIAGO DEXEUS, AZ MNOT ÚJ TISZTELETBELI TAGJÁNAK
KÖSZÖNTÉSE

Elnök *Prof. Dr. Bősze Péter*

The place of colposcopy in gynaecology

Prof. Dr. Santiago Dexeus,

Az International Federation of Cervical Pathology and
Colposcopy, IFCPC elnöke

ELŐADÁSOK

Elnök *Dr. Hetényi Gábor*

A konizáció szövettani leletei találati pontosságának növelése
osztályunkon – kezelési irányelvek

*Dr. Adorján Gusztáv, Dr. Pap Károly, Dr. Pethő György, Jósa
András Megyei Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály,
Nyíregyháza*

Diagnosztikus méhnyak műtéteink

*Dr. Pócsi Tamás, Dr. Fenesi István, Dr. Hardonyi András, Sem-
melweis Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Miskolc*

A nyirokcsomók „üzenete” Wertheim műtétek kapcsán

*Dr. Adorján Gusztáv, Dr. Pap Károly, Dr. Pethő György, Jósa
András Megyei Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály,
Nyíregyháza*

A méhnyakrák sugárkezelésének mellékhatásai eseteinkben

Dr. Szluha Kornélia, Dr. Póka Róbert, Dr. Horváth Á., Dr.
Urbancsek H., DEOEC Sugárterápiás Tanszék, *Szülészeti és
Nőgyógyászati Klinika, Debrecen*

Tájékoztató a rosszindulatú daganatról

– a beteg szemszögéből

*Dr. Kovács Kázmér, Dr. Wernigg Róbert, Dr. Kelemen Zsolt,
Dr. Mezei Éva, Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc
Kórháza, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Eger*

MNOT-összefoglaló

A nyirokcsomók eltávolításának helye a méhtestrák kezelésé-
ben *Dr. Ungár László*

III. TUDOMÁNYOS ÜLÉS

Rákgenetikai tanácsadás: nőgyógyászati vonatkozások

Elnök *Prof. Dr. Bősze Péter*

Ahogy a molekuláris genetikus látja

Prof. Dr. Oláh Edit

A petefészekrák megelőzésének lehetőségei

Dr. Koiss Róbert

Emlő szűrés vagy megelőző emlőeltávolítás?

Dr. Köves István, Dr. Péntek Zoltán

Szociális és etikai vonatkozások

Prof. Dr. Czeizel Endre

A gyermekvállalás kérdése

Prof. Dr. Bernard Artur

MEGBESZÉLÉS

A KONGRESSZUS BEZÁRÁSA

Dr. Ungár László

Nagy öröm volt a szervezők számára, hogy a közel 170 részt-
vevő az utolsó percig kitartott, és nagy érdeklődéssel figyelte
az előadásokat és vitákat. A szervezők köszönetüket fejezik ki
a támogatóknak, kiemelten *Dr. Szabó Gábornak* a nagyvonalú
„Novartis fagadás”-ért.

RENDEZVÉNY HÍRMONDÓ

2002. április 7–13.

The 6th Congress of the European Society for Gynaecologic and Obstetric Investigation (ESGOI)

Madonna di Campiglio, Olaszország

Jelentkezés: Biomedical Technologies s.r.l., Via Trieste 1., 56126 Pisa, Italy, Távbeszélő: (39) 050502138/501934, Távmásoló: (39) 050501239, Villanyposta: biomedical@tin.it, Internetes oldal: www.biomedicaltechnologies.com

2002. április 10–13.

7th Congress of the European Society of Contraception

Genova, Olaszország

Jelentkezés: ESC Central Office, Orga-Med c.o., Congress Department, Essenestraat 77, B-1740 Ternat, Belgium, Távbeszélő: (32 2) 5820852, Távmásoló: (32 2) 5825515, Villanyposta: orgamed@village.uunet.be

2002. április 11–13.

Magyar Szülészeti és Nőgyógyászati Endokrinológiai Társaság II. Kongresszusa

Tudomány és Technika Háza, Kecskemét

Jelentkezés: Dr. Szabó László, Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, 6000 Kecskemét, Izsáki út 5., Távbeszélő: (76) 516900, (30) 9584998, Távmásoló: (76) 481496, Villanyposta: godogy@kmk.hu

2002. április 16–18.

Understanding Clinical Research Methods

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, United Kingdom

Tájékoztató: www.healthcareconferences.com

2002. június 1–4.

11th World Congress on Human Reproduction

Fairmont Queen Elisabeth Hotel, Montreal, Kanada

Jelentkezés: Távbeszélő: (1 514) 8431729, Internetes oldal: www.HumanRep2002.com

2002. június 5–7.

4th Milan Breast Cancer Conference

Quark Hotel, Milan, Italy

Jelentkezés: European School of Oncology, Viale Beatrice d'Este, 37-20122 Milan, Italy, Távbeszélő: (39 02) 58317850, Távmásoló: (39 02) 58321266, Villanyposta: esoteaching@tin.it

2002. június 19–22.

3rd Central European Oncology Congress

Hotel Kvarner, Opatija, Horvátország

Jelentkezés: Dr. Mirko Samija, Central European Oncology Congress Secretariat, University Hospital for Tumours, Ilica 197, 10000 Zagreb, Croatia, Távmásoló: (385 1) 3775536

2002. augusztus 4–9.

Masterclass Course in Clinical Oncology – Intensive Course for Clinical Oncologists and Special Nurses

Montecatini Terme, Tuscany, Olaszország

Jelentkezés: Dr. Wolfgang Gatzmeier, Távmásoló: (39 02) 58321266, Internetes oldal: www.cancerworld.org

2002. szeptember 26–29.

The Fifth Athens Congress on Woman's Health&Disease

Divani Caravel Hotel, Athén, Görögország

Jelentkezés: Erasmus Conferences Tours & Travel S.A., 99 Dinokratous street, 115 21 Athens, Greece, Távbeszélő: (30 10) 7257693, Távmásoló: (30 10) 7257532, Villanyposta: info@erasmus.gr, Internetes oldal: www.erasmus.gr

2002. október 17-19.

The Precongress Symposium of the 9th Biennial Meeting of the IGCS on Management of Recurrent Gynaecologic Malignancies

Howard Plaza Hotel, Taipei, Taiwan

Jelentkezés: C/o K&A International Co., Ltd., P.O.Box 55-1143 Taipei, Taiwan, Távbeszélő: (886 2) 25935279, Távmásoló: (886 2) 25919345, Villanyposta: 9igcstpe@knaintl.com.tw

2002. október 20-24.

9th Biennial IGCS Meeting in 2002

COEX, Seoul, Korea

Információ: Young-Tak Kim, MD, Dept.of OB/GYN Asan Medical Center, 388-1 Poongnap Dong Songpa Ku Seoul, 138-736, Korea, Távmásoló: (82 2) 4767331, Villanyposta: ytkim@amc.seoul.kr

2006.

FIGO XVIII World Congress of Gynaecology & Obstetrics

Hong Kong
Jelentkezés: C/o HKCOG, Room 805, Hong Kong Academy of Medicine Building, 99 Wong Chuk Hang Rd., Hong Kong, Távbeszélő: (852)28718700, Távmásoló: (852)28964902

MEGHÍVÓ

Előzetes ismertető

The 1st EAGC Educational World Congress on Gynecologic Oncology

Budapest
2002. október 10-12.

Az Európai Nőgyógyászati Rák Akadémia (European Academy of Gynaecological Cancer, EAGC), más nemzetközi szervezetekkel együtt, Budapesten rendezi meg az első Nőgyógyászati Onkológiai Oktató Világkongresszust. Ellentétben a hagyományos kongresszusokkal, ez a tudományos rendezvény csak képzéssel, továbbképzéssel foglalkozik. Ezért eredeti munkákat tartalmazó előadások bejelentésére nincs mód. Képzéssel foglalkozó összefoglalók küldése azonban szívesen látott, melyek közül egy bizottság a legjobbakat előadásra jelöli. A többi poszter formájában kerül bemutatásra.

A tudományos rendezvény célja a nőgyógyászati onkológiai képzés egységesítése annak érdekében, hogy a betegellátás mindenhol magas szintű legyen. Ez a világkongresszus az első ilyen jellegű tudományos rendezvény. A szervező ezért is külön köszönetét fejezi ki a meghívott előadóknak, hogy felkérését elfogadták, és vállalják ezt a kihívást. Az út még járatlan, amiért minden ötletet és javaslatot köszönettel fogadunk.

Bősze Péter

A kongresszus nyelve kizárólagosan angol.

TISZTELETBELI ELNÖKÖK: *Dr. Besznyák István (Magyarország), Dr. Eckhardt Sándor (Magyarország),
Dr. Gáti István (Magyarország), Antonio Onnis, M.D. (Olaszország)*

A KONGRESSZUS ELNÖKEI:

<i>Hugh H. Allen, M.D. (Kanada)</i>	<i>Neville F. Hacker, M.D. (Ausztrália)</i>
<i>Pierluigi Benedetti Panici, M.D. (Olaszország)</i>	<i>Michael Höckel, M.D. (Németország)</i>
<i>Dr. Bősze Péter (Magyarország)</i>	<i>Ben J. Smith, M.D. (Dél-Afrikai Köztársaság)</i>
<i>Alberto Costa, M.D. (Italy)</i>	<i>Claes Tropé, M.D. (Norvégia)</i>
<i>Daniel Dargent, M.D. (Franciaország)</i>	<i>Dr. Ungár László (Magyarország)</i>
<i>Carlos F. de Oliveira, M.D. (Portugália)</i>	<i>Jan B. Vermorken, M.D. (Belgium)</i>
<i>Santiago Dexeus, M.D. (Spanyolország)</i>	<i>Raimund Winter, M.D. (Austria)</i>

HELYI SZERVEZŐBIZOTTSÁG: *Elnöke: Dr. Paulin Ferenc*

TAGOK:

*Dr. Artner Attila, Dr. Borsos Antal, Dr. Csapó Zsolt, Dr. Ésik Olga, Dr. Kornya László, Dr. Kovács László,
Dr. Krivácsi Gábor, Dr. Kommer Károly, Dr. Oláh Edit, Dr. Pál Attila, Dr. Pálfalvi László, Dr. Rákóczi István,
Dr. Siklós Pál, Dr. Szánthó András, Dr. Póka Róbert, Dr. Török Miklós, Dr. Vass László*

FONTOS HATÁRIDŐK

Korai jelentkezés	2002. július 31.
Biztosított szálloda foglalás	2002. szeptember 10.
Abstract (Poster) beküldés	2002. augusztus 31.

CME AWARD: The congress has been awarded 26 CME credit points by the Accreditation Council of Oncology in Europe (ACOE)

RÉSZVÉTELI DÍJ: 450 EUR

JELENTKEZÉS: Primed-X Kft.
1301 Budapest, Pf. 46.
Távmásoló: 429 0318, Villanyposta: mail@primed-x.hu

MEGHÍVOTT ELŐADÓK

HUGH H. ALLEN, M.D.

Professor and Chairman Emeritus
London Health Sciences Centre
Westminster Campus
London, Ontario, Canada

ATTILA ARTNER, M.D.

Consultant
Department of Obstetrics and
Gynecology
Saint Stephen Hospital
Budapest, Hungary

IBTISAM LALE ATAHAN, M.D.

Professor, Board member of ESTRO
Department of Radiation Oncology
Hacettepe University of Oncology,
Hastanesi
Ankara, Turkey

ISTVÁN BESZNYÁK, M.D.

Professor and Chairman Emeritus
Department of Clinical Oncology
Semmelweis University
Budapest, Hungary

PÉTER BŐSZE, M.D.

Professor and Chairman
European Academy of Gynaecological
Cancer, EAGC
Clinic of Cancer Genetics and
Prevention
Department of Obstetrics and
Gynecology
Saint Stephen Hospital
Budapest, Hungary

ALBERTO COSTA, M.D.

Director, European School of Oncology
Department of Surgery
European Institute of Oncology
Milan, Italy

DANIEL DARGENT, M.D.

Professor and Head
Department of Gynecologic Oncology
University of Edouard Herriot
Lyon, France

SANTIAGO DEXEUS, M.D.

Professor and Chairman
Department of Obstetrics and
Gynecology
Institut Universitari Dexeus
Barcelona, Spain

CSABA DZSINICH, M.D.

Assistant Professor
Department of Cardiac and Vascular
Surgery
Semmelweis University
Budapest, Hungary

SÁNDOR ECKHARDT, M.D.

Professor and Chairman Emeritus
Department of Medical Oncology
National Institute of Oncology
Budapest, Hungary

ISTVÁN GÁTI, M.D.

Professor and Chairman Emeritus
Department of Obstetrics and
Gynaecology
Semmelweis University
Budapest, Hungary

GUSZTÁV GULYÁS, M.D.

Head, Department of Plastic Surgery
National Institute of Oncology
Budapest, Hungary

NEVILLE F. HACKER, M.D.

Director of Gynecologic Oncology
Royal Hospital for Women
Randwick, Australia

MICHAEL HÖCKEL, M.D.

Professor and Director
Department of Obstetrics and
Gynaecology
University of Leipzig
Leipzig, Germany

HEXTAN YS NGAN, M.D.

Full Professor
Chair of FIGO Oncology Committee
Department of Obstetrics and
Gynaecology
Queen Mary Hospital, Hong Kong

NIALL O'HIGGINS, M.D.

Professor and Director
University Department of Surgery
St. Vincent's Hospital
Dublin, Ireland

CARLOS F. DE OLIVEIRA, M.D.

Professor and Director
University Hospital of Coimbra
Gynaecological Service
Coimbra, Portugal

ANTONJO ONNIS, M.D.

Professor and Chairman Emeritus
Department of Obstetrics and
Gynaecology
University of Padova
Padova, Italy

LÁSZLÓ PÁLFALVI, M.D.

Consultant
Department of Obstetrics and
Gynecology
Saint Stephen Hospital
Budapest, Hungary

PIERLUIGI BENEDETTI PANICI, M.D.

Professor and Director
Department of Gynecology
Free University, Campus Biomedico
Rome, Italy

ISTVÁN RÁKÓCZI, M.D.

Professor and Director
Department of Obstetrics and
Gynaecology
Saint Imre Hospital
Budapest, Hungary

CHARLES W.E. REDMAN, M.D.

Consultant
Department of Obstetrics and
Gynaecology
Birmingham Women' Hospital
Birmingham, United Kingdom

BEN J. SMIT, M.D.

Professor and Chairman emeritus
Department of Radiation Oncology
University of Stellenbosch
Tygerberg Academic Hospital
Tygerberg, Republic of South Africa

EGON SVASTICS, M.D.

Head, Department of Surgery
Budai MÁV Hospital
Budapest, Hungary

CLAES TROPÉ, M.D.

Professor and Director
Department of Gynecologic Oncology
The Norwegian Radium Hospital
Oslo, Norway

LÁSZLÓ UNGÁR, M.D.

Head, Department of Obstetrics and
Gynecology
Saint Stephen Hospital
Budapest, Hungary

JAN B. VERMORKEN, M.D.

Professor and Director
Department of Medical Oncology
University Hospital Antwerp
Edegem, Belgium

RAIMUND WINTER, M.D.

Full Professor
Department of Obstetrics and
Gynecology
University of Graz
Graz, Austria

FRANS A.N. ZOETMULDER, M.D.

Professor and Head
Department of Surgery
The Netherlands Cancer Institute
(Antoni van Leeuwenhoek) Hospital
Amsterdam, The Netherlands

KÖZREMŰKÖDŐ SZERVEZETEK

European School of Oncology (ESO)
 European Society for Medical Oncology (ESMO)
 European Society of Surgical Oncology (ESSO)
 European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO)
 International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC)
 International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)

Preliminary Program Overview

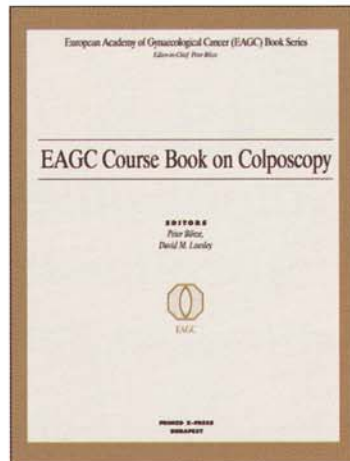
2002	October 10, Thursday	October 11, Friday	October 12, Saturday
08.30–10.30	Sponsored Symposium	Elements in removing a fixed pelvic mass and abdominal metastases; the way I do it Chairman: <i>Hugh H. Allen</i>	How to perform FIGO staging: practical guidance Chairmen: <i>Hexan Y.S. Ngan</i> and <i>Claes Tropé</i> <i>In collaboration with FIGO</i>
10.30–11.00		Coffee Break	Coffee Break
11.00–12.00	Lectures of the new honorary members of the Hungarian Society of Gynaecological Oncologists <i>Hugh H. Allen, Neville F. Hacker, Ben J. Smit</i>	Colposcopy: practical hints Chairman: <i>Santiago Dexeus</i> <i>In collaboration with IFCPC</i>	Practical guidance of delivering chemotherapy Chairman: <i>Jan B. Vermorken</i> <i>In collaboration with ESMO</i>
12.00–13.00	Opening Ceremony	Lunch Break	Lunch Break
13.00–15.00	Elements of radical hysterectomy; the way I do it Chairman: <i>Pierluigi Benedetti Panici</i>	Elements of breast surgery; the way I do it (the primary tumor) Chairman: <i>Alberto Costa</i> <i>In collaboration with the European School of Oncology (ESO)</i>	How to prevent and manage bleeding during pelvic surgery Chairman: <i>Frans A.N. Zoetmulder</i> <i>In collaboration with the European Society of Surgical Oncology (ESSO)</i>
15.00–15.30	Coffee Break	Coffee Break	Coffee Break
15.30–16.30	What gynaecological oncologists should know about radiation therapy Chairmen: <i>Ibtisam Lale Atahan</i> and <i>Ben J. Smit</i> <i>In collaboration with ESTRO</i>	Elements of breast surgery; the way I do it (the axilla) Chairman: <i>Niall O'Higgins</i>	Techniques of preserving fertility in cervical cancer Chairman: <i>László Pálfalvi</i>
16.30–18.00	Principles and practical hints of making flaps Chairman: <i>Michael Höckel</i>	Elements of groin node dissection: the way I do it. Chairman: <i>Neville F. Hacker</i>	How to perform laparoscopy: little tricks make things better Chairman: <i>Daniel Dargent</i>
18.00–19.00	European Certificate: how to get accreditation (Part 1) Chairman: <i>Cees C. Leibbrandt</i> <i>European meeting</i>	Guidelines for HRT Chairman: <i>Carlos F. de Oliveira</i>	How to perform cone biopsy/LEETZ Chairman: <i>Raimund Winter</i>
19.00–20.00	European Certificate: how to get accreditation (Part 2) Chairman: <i>Cees C. Leibbrandt</i> <i>European meeting</i>	Surgical histology of cervical cancer Chairman: <i>László Ungár</i>	Closing Ceremony
	Welcome Party	Free Evening	

EAGC Course Book on Colposcopy

June 2002

Up-to-date and comprehensive coverage with 145 colour illustrations
and practical guidance

Novel approach for trainees and specialists
Textbook for EAGC Certificate in Colposcopy



European Academy of Gynaecological Cancer

EAGC Course Book on Colposcopy

This book is the first edition of
European Academy of Gynaecological Cancer (EAGC) Book Series
Editor-in-Chief Péter Bősze

Edited by Péter Bősze
Professor of Gynaecology
Saint Stephan Hospital, Budapest, Hungary
Chairman of the European Academy of Gynaecological Cancer
and
David M. Luesley
Professor of Gynaecological Oncology
City Hospital NHS Trust, Birmingham, UK

ISBN 963-00-7356-0

June 2002

192 pages • 145 colour illustrations • 29 contributors

Euro 85.00

Publisher: PRIMED-X-PRESS, BUDAPEST
Editorial Office: 1301 Budapest, P.O. Box 46, Hungary
Phone (36) 1 429 0316, Fax (36) 1 429 0318, E-mail: mail@primed-x.hu

WEBSITE www.cme.hu/eagc/

TARTALOM

Introduction to EAGC Book Series	• Péter Bősze
Preface and History	• Ian D. Duncan
CHAPTER 1. The scope of colposcopy	• David M. Luesley and Péter Bősze
CHAPTER 2. Colposcopic techniques, instruments and new advances	• Montse Cararach, Santiago Dexeus and Andrea Sas
CHAPTER 3. Colposcopic findings and nomenclature	• Ellen H. Hopman and Theo J. M. Helmerhorst
CHAPTER 4. Grading system for abnormal colposcopic findings	• Mahmood I. Shafi and Saloney Nazeer
CHAPTER 5. Colposcopic appearances of mature squamous, metaplastic and glandular epithelium	• Carl Chow and Albert Singer
CHAPTER 6. Colposcopic appearances during pregnancy, the menopause and the effects of exogenous hormones	• Margaret Cruickshank
CHAPTER 7. The histology and cytology of atypical colposcopic lesions	• Hellmuth Pickel
CHAPTER 8. Colposcopic appearances of benign cervical diseases	• Giuseppe de Palo
CHAPTER 9. The colposcopy, cytology and histology of genital HPV infections	• Kari J. Syrjänen
CHAPTER 10. The colposcopic appearances of CIN	• Ian Etherington
CHAPTER 11. The colposcopic appearances of glandular and invasive lesions	• Santiago Dexeus, Maria Teresa Cusidó and Montse Cararach
CHAPTER 12. Treatment of CIN	• Walter Prendiville
CHAPTER 13. Colposcopy of the vagina	• Brett Winter-Roach, John M. Monaghan and Alberto Lopes
CHAPTER 14. Colposcopy of the vulva, perineum and anal canal	• Vesna Kesic
CHAPTER 15. Psychosocial aspects of colposcopy	• Theresa Freeman-Wang and Patrick Walker
CHAPTER 16. Colposcopy: information and audit	• Valerie Harper
CHAPTER 17. Colposcopy: establishing and running a service	• Anne Tomlinson and Henry Kitchener
CHAPTER 18. Colposcopy: education, training and accreditation	• Charles Redman
GLOSSARY	• Kari J. Syrjänen

Érdeklődni lehet:

Prof. Dr. Bősze Péter

Primed-X. Kft.

Pf. 46., Budapest 1301

Távmásoló (36 1) 429 0318 Villanyposta mail@primed-x.hu

Instructions to authors

The original manuscript – together with a cover letter – must be submitted to the Editor-in-Chief (Péter Bősze, M.D., 1301 Budapest, P.O.Box 46, Hungary, Tel/Fax (36 1) 275-2172, E-mail address bosze@matavnet.hu). Authors are encouraged to e-mail their manuscripts or submit them on a floppy disk with adequate labeling and information (3 1/2 diskette in IBM MS-DOS). In either case, an accurate hard-copy printout must be sent (v.c.), as well. The Editor-in-Chief requires the original manuscripts and cover letters. By signing the cover letter, the authors certify that the same work has not been published, and is not under consideration for publication elsewhere, that its submission for publication has been approved by all of the authors, and that any person cited as a source of personal communication has approved such citation. By signing the cover letter, the authors transfer the copyright to the Publisher. Manuscript decisions will be based on peer review.

Articles and any other material published in the *Hungarian Journal of Gynecologic Oncology* (Hu J Gynecol Oncol) represent the opinions of the author(s) and should not be construed to reflect the opinions of the Editors or the Publisher.

FORM OF A MANUSCRIPT

The *Hungarian Journal of Gynecologic Oncology* guidelines are based on instructions set forth in the **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals** (Ann Intern Med 1988; 108:258-265).

TITLE PAGE The title page should contain the article title followed by the author's first, middle and last names, residence of the author(s) (the name of the head or director of the department or institution is not required), a short running head of not more than 50 characters, and the complete mailing address including e-mail and telephone numbers of the single author to whom correspondence should be sent. **Page 2** should contain a short abstract followed by 3 to 4 key words for index purposes.

TEXT Original articles should incorporate the following sections: Introduction, Patients and Methods, Results, Discussion and References. The organization of the text of review papers is up to the author(s). However, all articles should contain References. *Acknowledgements* follow the References. Pages should be numbered in succession, the title page being page one.

REFERENCES These should be numbered in the order in which they are cited in the text by Arabic numerals in brackets (1), (2-5). When the name(s) of the author(s) is in the text, the reference number comes right after it, e.g. *Onnis* (7), or *Gorins et al.* (5); if not, it should be written at the end of the sentence before the full stop. References are listed in a separate section as illustrated in the following examples:

JOURNAL ARTICLE AND SUPPLEMENT Monaghan JM. The role of surgery in the management of granulosa cell tumours of the ovary. *CME J Gynecol Oncol* 1996; 1:116.

Webb MJ, Symmonds RE. Site of recurrence of cervical cancer after radical hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 138:813.

Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN, et al. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. *Cancer* 1987; 60:2035.

Magrina JF. Intestinal surgery in gynecologic malignancies. *Magy Nőorv L* 1995; 58 (Suppl. 2):55.

BOOK DiSaia PJ, Creasman WT. *Clinical Gynecologic Oncology*. 3rd edn. St. Louis, The C. V. Mosby Company, 1989: 211.

CHAPTER IN A BOOK Schwartz PE, Naftolin F. Hormone therapy. In: Berek JS, Hacker NF, eds. *Practical Gynecologic Oncology*. 2nd edn. Baltimore, Williams and Wilkins, 1994: 613.

Accuracy of reference data is the responsibility of the author(s). All authors should be listed when there are six or less; with seven or more the first six should be given followed by "et al.". Single word journal titles should be spelled out, all authors should be abbreviated according to the instructions of Index Medicus.

TABLES Tables are numbered consecutively using Arabic numerals in brackets (*Table 1*), in the order cited in the text. They should be typed double-spaced on separate pages and should be accompanied by a short caption. All abbreviations should be explained in a footnote.

FIGURES The original illustrations and line drawings should be submitted and numbered using Arabic numerals in brackets (*Figure 1*) consecutively as they appear in the text. Line drawings should be in black ink on a white background or clear glossy prints, with lettering of high standard and large enough to be legible when reduced. Color or black-and-white photographic prints must be glossy and provide sharp contrast. Color illustrations are accepted when appropriate. On the back of each illustration or on a label affixed to the back of each figure indicate the author's last name, figure number and the "top" with an arrow. Never use labels on color figures, and never use ink on the front or back of any figures. Captions should be on a separate page and should include the figure number and a brief description of the illustration. Explain all symbols used in the illustration. Scale bars (when appropriate) should be provided on the photographs. Figures that are reproduced from another published source require written permission from the authors and copyright holders. Submitted illustrations are returned on request only.

UNITS All measurements should be in metric, SI units.

ABBREVIATIONS Abbreviations must be written in full when first mentioned in the text.

SPELLING Both American and English spelling are accepted.

EDITORIAL ASSISTANCE This courtesy will be extended to authors who have difficulty with the English language. Corrected manuscripts will be returned to the authors for their approval. The aim of the English Language Editorial Service is to ensure a uniformly high standard of presentation for all published material.

ADVERTISEMENT For information about advertising in the *Hungarian Journal of Gynecologic Oncology*, please contact the Editor-in-Chief (Péter Bősze, M.D., 1301 Budapest, P.O.Box 46, Hungary, Tel/Fax (36 1) 275-2172, E-mail address bosze@axelero.hu).

CÉLKITŰZÉS ÉS INFORMÁCIÓ A **Nőgyógyászati Onkológia** a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának hivatalos lapja. Azal a céllal jött létre, hogy a nőgyógyászati onkológiának, a szülész-nőgyógyászat és az onkológia önálló szakmájának hazánkban is tudományos fórumot teremtsen. Nőgyógyászati onkológiai folyóirat más országokban és nemzetközi szerkesztésben már évtizedek óta létezik, ezért a **Nőgyógyászati Onkológia** megjelenése az orvostudománynak ezen a területén a haladó világhoz történő felzárkózásunkat jelenti. A szakmai célkitűzések mellett a magyar orvosi nyelv művelése, jobbítása is a lap alapvető feladata.

A **Nőgyógyászati Onkológia** a női nemi szervek, az emlők és a határterületek daganatos megbetegedéseivel, valamint az ezekhez kapcsolódó általános, elméleti és gyakorlati kérdésekkel foglalkozik. Targyalja továbbá a nőgyógyászati onkológiát, mint szakmát, beleértve a szervezési, a képzési és az anyagi megfontolásokat is. A lap eredeti összefoglaló és szerkesztőségi közleményeket, esetismertetéseket és beszámolókat közöl. Különös hangsúlyt fektet a képzésre, amelyet nemcsak elméleti, de gyakorlati szinten is meg kíván valósítani. Orvostörténeti ismereteket ad annak tudatában, hogy nincs jelen és jövő

SCOPE AND INFORMATION With the rapid advances of radical surgery, clinical technologies, anesthesia, modern blood banks, antibiotics, medical oncology and radiotherapy, and with the explosion of molecular biology, it has been recognized that the usual training of gynecologists-obstetricians was insufficient to provide optimal care for patients with malignancies of the female genital tract and breast cancer. This recognition has led to the development of the subspecialty of gynecologic oncology with board certification in many countries worldwide.

Since the establishment of our specialty, a plethora of information has been accumulated with the recognition that in the rapidly expanding field of gynecologic oncology it is becoming almost impossible to be up-to-date with issues of concern. The spectrum of gynecologic oncology is broadening each day and includes among others advanced surgery, fundamental understanding and practice of drug and radiation therapy and an in-depth knowledge in pathology and molecular biology. The gynecologic oncologists should keep pace with these exciting basic and clinical advances. The explosion of scientific information brought about by molecular and cellular biology should be reflected in patient's care at bedside. Cancer treatment and molecular biology cannot be separated any longer. These are some of the major reasons of establishing national and international journals devoted to gynecologic oncology.

In Hungary, gynecologic oncology has been officially recognized as a specialty of obstetrics and gynecology. This was followed by the foundation of the Hungarian Society of Gynecologic Oncology in 1991. During the last 5 years, there has been a growing need for a national venue for publications focusing on clinical and basic gynecologic oncology, thus, the foundation of the **Hungarian Journal of Gynecologic Oncology** with the aim of providing a sole forum for gynecologic oncology in Hungary. The **Hungarian Journal of Gynecologic Oncology** is the official journal of the Hungarian Society of Gynecologic Oncologists.

The **Hungarian Journal of Gynecologic Oncology** will provide a national archive to high quality papers that deal with tumors of

a gyökerek ismerete nélkül. Társasági hírek, kritikák, megemlékezések, események ismertetése és más híromlás a folyóirat szerves részét képezik. Határterületi kérdések és betegtájékoztatók szintén a célkitűzések közé tartoznak. A **Nőgyógyászati Onkológia**, mint a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának hivatalos lapja, a Társaság állásfoglalásait, hírleveleit és más kiadványait is közli.

A felkért közlemények kivételével minden közlést két bíráló véleményez. Ennek alapján a **Nőgyógyászati Onkológia** is az ún. „bíráltan átnézett” (peer-reviewed) folyóiratok közé tartozik. A bírálók javaslatot tesznek módosításokra és a közlemény elfogadására vagy elutasítására, amelyet a szerkesztőség messzemenően figyelembe vesz. A bírálók személyét nem fedjük fel. **A közleményekben megfogalmazott vélemények, javaslatok nem a szerkesztőség, hanem a szerzők véleményét, állásfoglalását jelentik.**

A **Nőgyógyászati Onkológia** alapvetően magyar nyelvű. A kis népek létezése azonban megköveteli a kétnyelvűséget, ezért a lapban a közlemények összefoglalóját és a fontosabb adatokat angol nyelven is ismertetjük. Elfogadjunk angol nyelvű közleményeket, egy-egy nemzetközi rendezvény előadásait pedig teljes egészében angolul adjuk közre.

female genital tract and related organs, and with the benign and malignant diseases of the breasts. Reports of investigations relating to any aspect of these fields, including etiology, epidemiology, pathology, diagnosis, treatment, follow-up and basic science will be considered. Such contributions may come from any of the disciplines with interests in gynecologic oncology.

The **Hungarian Journal of Gynecologic Oncology** will publish original articles, invited reviews, brief reports, papers focusing on the history and on the professional aspect of the specialty, news, comments, critique, book reviews and letters. Education with particular emphasis on continuing medical education is one of the major aims of the journal.

The language of the **Hungarian Journal of Gynecologic Oncology** is basically Hungarian. However, papers written in English will also be accepted.

The original manuscript together with a cover letter must be submitted to the Editor-in-Chief (Péter Bősze, M.D., 1301 Budapest, P.O.Box 46, Hungary. Tel/fax (36 1) 275-2172, E-mail address bosze@matavnet.hu). The authors are encouraged to e-mail their manuscript or submit the article on a floppy disk with adequate labelling and information (3 1/2 diskette in IBM MS-DOS). In either case, an accurate hard-copy print-out must accompany. The Editor-in-Chief requires the original manuscripts and the cover letters. By signing the cover letter, the authors certify that the same work has not been published, that it is not under consideration for publication elsewhere, that its submission for publication has been approved by all of the authors, and that any person cited as a source of personal communication has approved such citation. By signing the cover letter, the authors transfer the copyright to the Publisher. Manuscript decision will be based on peer review.

Articles and any other material published in the **Hungarian Journal of Gynecologic Oncology** represent the opinions of the author(s) and should not be construed to reflect the opinions of the Editors and the Publisher.

